Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

PIAO 2024 - 2026

Piano Integrato di Attività

e Organizzazione

ASST della Valtellina e Alto Lario_V2

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valtellina e Alto Lario

Sommario

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE 3
1.1. CONTESTO ESTERNO 4
1.2. CONTESTO INTERNO 5
1.2.1. POLO OSPEDALIERO 5
1.2.2. POLO TERRITORIALE 7
1.3. BILANCIO 12
1.4 VOLUMI DI PRODUZIONE 12
2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTI CORRUZION 13
2.1 VALORE PUBBLICO 13
2.1.1 VALORE PUBBLICO: ACCESSIBILITA' 14
Tempi d'attesa 14
Telemedicina 14
Accessibilità digitale 15
2.1.2 VALORE PUBBLICO: RELAZIONE CON L'UTENZA 16
2.1.3 VALORE PUBBLICO: RISPARMIO ENERGETICO 19
2.1.4 VALORE PUBBLICO: COMUNICAZIONE 21
2.1.5 VALORE PUBBLICO: QUALITA' DEI SERVIZI 22
2.1.6 VALORE PUBBLICO: INNOVAZIONE TECNOLOGICA 23
2.1.7 VALORE PUBBLICO: RISK MANAGEMENT 27
2.2 PERFORMANCE 28
2.3 RISCHI CORRUTTIVI e TRASPARENZA 33
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 52
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA 52
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE 59
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 62
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE 63
3.5 CUG 64
4. MONITORAGGIO 67
4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE 67
4.2 MONITORAGGIO PREVENZIONE CORRUZIONE 68
4.3 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 70

PREMESSA

Il PIAO, Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è introdotto all'articolo 6 del decreto-legge n. 80/2021, "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Si inserisce tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma nella Pubblica Amministrazione.

In particolare, il PIAO si pone un duplice obiettivo:

- integrare gli atti di programmazione in una prospettiva strategica unitaria;
- orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli outcome e del valore pubblico generato.

Il documento ha durata triennale ed è chiamato a definire più profili, in ottica di superamento degli strumenti di programmazione storici e di definizione di un testo unico di governance che comprenda gli obiettivi della performance, di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, gli obiettivi formativi e la valorizzazione delle risorse interne, la trasparenza e l'anticorruzione, la pianificazione delle attività, l'individuazione delle procedure da semplificare, la strategie per l'accesso fisico e digitale e per la garanzia della parità di genere.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valtellina e dell'Alto Lario è istituita a far data dal 1° gennaio 2016 con D.G.R. X/4497 del 10/12/2015. L'Azienda ha autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, la sede legale è sita in Via Stelvio, 25 – 23100 Sondrio Cod. fisc. e P.IVA 00988090148.

Dal 01/01/2019, a seguito della L.R. n.15 del 28 novembre 2018, le strutture sanitarie e sociosanitarie del Distretto Medio Alto Lario dell'ASL di Como sono rimaste in capo alla ASST Valtellina ed Alto Lario, ad eccezione dei comuni che afferiscono all'ASST Lariana.

L'Azienda è parte integrante del sistema Emergenza/Urgenza per il soccorso territoriale della Provincia di Sondrio e sede dell'AAT (Articolazione Aziendale Territoriale) di AREU Lombardia.

Attraverso il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), strumento programmatorio, l'Azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, definisce il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento, al fine di realizzare gli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione, nel rispetto della normativa vigente.

Con deliberazione n. 725 del 06/10/2023 si prende atto della DGR N°XII/1085 del 02/10/2023 avente ad oggetto *"modifiche al piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2022- 2024 dell'azienda socio sanitaria territoriale Valtellina Alto Lario, approvato con Dgr n. XI/6961 del 19.09.2022, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, c. 4 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009 e s.m.e i."*
Il nuovo POAS è pubblicato nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale al seguente link: **Organigramma+ASST+Valtellina.pdf**

Come previsto dalla L.R. n. 23/2015 e dalla successiva L.R. n. 22/2021, l'ASST si articola in due settori: *polo ospedaliero e polo territoriale,* nei capitoli a seguire viene descritto l'assetto organizzativo dell'intera Azienda.

1.1. CONTESTO ESTERNO

Alla luce di quanto definito con la Legge Regionale n.15 del 28/11/2018, i "nuovi" confini geografici di riferimento per l'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, oltre alla Valtellina e Valchiavenna, comprendono l'area dell'Alto Lario fino al Comune di Cremia (CO).

L'Azienda opera in un ambito sia geografico che demografico molto diversificato, che va da una vasta area agricola, all'area dei laghi, caratterizzata da forte stagionalità turistica, fino all'alta montagna, con le sue difficoltà di accesso.

Il territorio della Valtellina è caratterizzato da un assetto montano, che si estende dalle Alpi Lepontine, alle Alpi Retiche orientali, comprendendo il versante nord delle Prealpi Orobiche. Su questo territorio si trovano collocati piccoli paesi e cittadine le cui dimensioni vanno da poche decine di abitanti, ai circa 21.000 del capoluogo Sondrio. Il bacino di utenza consta in una popolazione di 178.000 (fonte ISTAT al 1° gennaio 2023) abitanti, dislocati su un territorio con un'estensione pari a circa 3.795 kmq e con una lunghezza complessiva (da Cremia a Livigno e da Madesimo a Livigno) pari a un totale di 373 km.

In tale contesto, offrire risposte ai molteplici e complessi bisogni di salute della popolazione comporta l'adozione di strategie tese a garantire omogeneità ed equità di prestazioni, servizi ed interventi anche nei luoghi a maggiore difficoltà di accesso. Se per la popolazione, principalmente per quella più fragile, raggiungere i Presidi Ospedalieri o Territoriali è difficoltoso, lo è altrettanto per gli operatori che sul territorio si devono muovere per prestare la loro opera. Da ciò deriva, da un lato, una difficoltà per le persone di accesso alle prestazioni di cui hanno diritto, dall'altro un costo aziendale per intervento/prestazione di gran lunga superiore a quello medio.

Con riferimento al contesto esterno si richiama l'ultima relazione periodica sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata presentate al Parlamento dal Ministro dell'Interno, che fa riferimento al territorio in cui insiste l'Azienda, fruibile alla pagina web: **https://ww.senato.it/.** Tale relazione è approfondita nella sezione del presente documento dedicata a Rischi corruttivi e trasparenza.

1.2. CONTESTO INTERNO

1.2.1. POLO OSPEDALIERO

Il Polo Ospedaliero è focalizzato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica. Si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti che concorrono alla realizzazione di una rete integrata di strutture e di servizi finalizzata a offrire la migliore risposta ai bisogni di salute dell'utenza proveniente dalla provincia di Sondrio e Alto Lario, dalla regione Lombardia e, per particolari competenze, da tutto il territorio nazionale.

Le unità operative di ASST

In sintesi, l'Azienda opera mediante tre Presidi Ospedalieri (PO) e un Ospedale di Comunità:

PO di Sondrio: Via Stelvio, 25 – Sondrio.
https://www.asst-val.it/sondrio

Figura 1 PO E. Morelli: Via Zubiani, 33 – Sondalo.
https://www.asst-val.it/sondalo

PO di Chiavenna - Via Cereria, 4 – Chiavenna.
https://www.asst-val.it/chiavenna

Ospedale di Comunità di Morbegno – Via Morelli, 1 – Morbegno.
https://www.asst-val.it/it/pot-morbegno

Il Polo Ospedaliero è suddiviso in:

Dipartimenti gestionali: costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse;

DIPARTIMENTI GESTIONALI	
1	Dipartimento Amministrativo
2	Dipartimento Salute Mentale
3	Dipartimento Area Chirurgica
4	Dipartimento Emergenza e Urgenza
5	Dipartimento Materno Infantile
6	Dipartimento Area Medica
7	Dipartimento dei Servizi Clinici

Dipartimenti funzionali: nei quali non si realizza la gestione diretta delle risorse, assumendo il ruolo di responsabili della corretta tenuta dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e/o della presa in carico dei pazienti e delle persone croniche e fragili, in stretta connessione con le strutture aziendali interessate.

DIPARTIMENTI FUNZIONALI	
1	Dipartimento Oncologico
2	Dipartimento Cure Primarie
3	Dipartimento Prevenzione

Dipartimenti interaziendali: a cui spettano l'organizzazione delle funzioni concernenti il sistema donazione-trasfusione e la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie del sangue.

DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI	
1	Dipartimento Interaziendale Medicina Trasfusionale ed Ematologia (DMTE) (Ente Capofila – ASST Lecco)

1.2.2. POLO TERRITORIALE

Il Polo Territoriale eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità, può attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione regionale;
A seguito dell'evoluzione del SSR prevista dalla L.R. n. 22/2021, il polo territoriale è articolato in Distretti coincidenti con gli ambiti sociali territoriali di riferimento per i Piani di Zona e in Dipartimenti a cui afferiscono i presidi territoriali che svolgono le attività di erogazione dei LEA.

I distretti dell'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario sono stati istituiti come di seguito riportato:

DISTRETTO	COMUNI
Distretto Alta Valtellina	Bormio, Livigno, Sondalo, Valfurva e Valdisotto, Tirano, Aprica, Bianzone, Grosio, Grosotto, Lovero, Mazzo di Valtellina, Sernio, Teglio, Tovo S. Agata, Vervio, Villa di Tirano
Distretto di Media Valtellina	Albosaggia, Berbenno di Valtellina, Caiolo, Caspoggio, Castello dell'Acqua, Castione Andevenno, Cedrasco, Chiesa in Valmalenco, Chiuro, Colorina, Faedo Valtellino, Fusine, Lanzada, Montagna in Valtellina, Piateda, Poggiridenti, Ponte in Valtellina, Postalesio, Spriana, Torre di Santa Maria, Tresivio, Sondrio
Distretto di Bassa Valtellina	Albaredo per San Marco, Andalo Valtellino, Ardenno, Bema, Buglio in Monte, Cercino, Cino, Civo, Cosio Valtellino, Dazio, Delebio, Dubino, Forcola, Gerola Alta, Mantello, Mello, Morbegno, Pedesina, Piantedo, Rasura, Rogolo, Talamona, Tartano, Traona, Valmasino
Distretto di Valchiavenna e Alto Lario	Chiavenna, Campodolcino, Gordona, Madesimo, Mese, Novate Mezzola, Piuro, Prata Camportaccio, Samolaco, S. Giacomo Filippo, Verceia e Villa di Chiavenna, Cremia, Domaso, Dongo, Dosso del Liro, Garzeno, Gera Lario, Gravedona ed Uniti, Livo, Montemezzo, Musso, Peglio, Pianello del Lario, Sorico, Stazzona, Trezzone, Vercana

Al Polo Territoriale afferiscono anche i seguenti dipartimenti:

- Dipartimento di cure primarie a carattere funzionale;
- Dipartimento della salute mentale e delle dipendenze;
- Dipartimento funzionale di prevenzione;

e, con un'attivazione graduale e progressiva, gli ospedali di comunità, le case di comunità e le centrali operative territoriali, come previsti dal PNRR e deliberati da Regione Lombardia.

La programmazione e l'organizzazione delle attività delle strutture territoriali (CdC/OdC/COT) è in capo alla Direzione Strategica della ASST, con responsabilità attuativa del Direttore di Distretto, sotto l'indirizzo e coordinamento del Direttore Socio-Sanitario.
La Direzione Sociosanitaria supervisiona e presiede i percorsi territoriali di cui alla programmazione garantendo, in sinergia con le altre componenti della Direzione Strategica:

1. la continuità assistenziale;
2. il raccordo tra il polo ospedaliero e quello territoriale;
3. l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

L'obiettivo generale dell'introduzione delle Case di Comunità (CdC), Ospedale di Comunità (OdC) e Centrali Operative Territoriali (COT) è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento

Le Case di Comunità sono le nuove strutture socio-sanitarie entrate a fare parte del Servizio Sanitario Regionale, previste dalla legge n. 22/2021 sul potenziamento della presa in carico di pazienti affetti da patologie croniche.

Le Case di Comunità sono distribuite in modo capillare sul territorio lombardo e costituiscono un punto di riferimento continuativo per i cittadini, che possono accedere gratuitamente alle prestazioni sanitarie erogate.

Si tratta di strutture polivalenti che garantiscono:

- funzioni d'assistenza sanitaria primaria,
- attività di prevenzione.

All'interno di queste strutture sono presenti equipe di medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri e altri professionisti della salute (tecnici di laboratorio, ostetriche, psicologi, ecc.) che operano in raccordo anche con la rete delle farmacie territoriali.

Le Case della Comunità costituiscono il punto di riferimento continuativo per la popolazione: qui è possibile trovare un Punto unico di accesso, accoglienza, informazione e orientamento del cittadino, area prelievi e vaccinazioni, aree dedicate agli ambulatori specialistici, all'attività consultoriale e ai programmi di prevenzione e promozione della salute.

Di seguito le Cdc attivate e il cronoprogramma delle aperture previste nei prossimi anni:

LIVIGNO	attiva da aprile 2022
BORMIO	attiva da aprile 2022
BERBENNO	attiva da gennaio 2023
CHIESA IN VALMALENCO	attiva da luglio 2023
CHIAVENNA	2024
MORBEGNO	2024
SONDRIO	2025
TIRANO	2025
DONGO	2026

Le Centrali Operative Territoriali (COT) svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, che facilitano l'orientamento tra i servizi della rete di offerta sociosanitaria. La COT ha la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali.

Attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale sarà possibile raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di telemedicina e tele-monitoraggio.

Gli ospedali di comunità (OdC) sono strutture sanitarie di ricovero di cure intermedie, destinate a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

Gli ospedali di comunità contribuiscono a fornire cure più appropriate riducendo, ad esempio, gli accessi impropri al pronto soccorso o ad altri servizi sanitari.

L'ospedale di comunità consente anche di facilitare il trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Di seguito gli OdC attivati e il cronoprogramma delle aperture previste nei prossimi anni:

MORBEGNO	in via di attivazione
SONDALO	2024
TIRANO	2025
DONGO	2026

Nel Polo Territoriale operano anche figure di nuova introduzione, quali:

1. **Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC):** Il compito principale dell'Infermiere di Famiglia è quello di colmare l'offerta sociosanitaria nell'ambiente di vita del paziente, coniugando le competenze più propriamente sanitarie con le necessità sociali e sociosanitarie, attraverso interventi educativi, specialistici e di relazione tra paziente, familiari, caregiver, Medici di Medicina generale, specialisti ospedalieri, assistenti sociali, Comuni e Terzo Settore.

   L'infermiere di famiglia offre un servizio ampio, che parte da una valutazione multidimensionale, comprensiva degli aspetti clinici, ma anche del contesto familiare e abitativo.

   Nel solco, invece, del PNRR – Missione 6 e dei successivi provvedimenti normativi della Regione Lombardia, come la Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22, PoliS-Lombardia - Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia ha organizzato uno specifico percorso formativo, di durata annuale, per IFeC.

2. ***Ostetrica di Famiglia e Comunità:*** è la professionista che, per specifica formazione e nell'ottica della Medicina d'Iniziativa, offre cure di prossimità e assistenza capillare sul territorio, intercettando

donne di tutte le età e fasce sociali, garantendo prevenzione, cura, assistenza, dall'età puberale all'età riproduttiva fino a quella del climaterio-menopausa e post menopausale.

L'Ostetrica/o di Comunità è un agente di promozione della salute che può agire, con autonomia professionale, in cooperazione con le strutture ospedaliere ed i presidi sociosanitari del territorio, per la prevenzione, cura, salvaguardia della salute individuale e collettiva, nella rete dei servizi territoriali e specificamente nei Consultori Famigliari, negli ambulatori, nelle scuole, negli ambienti di lavoro, nonché a domicilio e, a pieno titolo, si inserisce nella cornice del progetto più ampio sopracitato.

Si individuano, inoltre, nel Polo Territoriale:

Le Cure Domiciliari (CD) si collocano nella rete dei servizi sociosanitari territoriali e garantiscono alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, sia Covid negative che Covid positive, percorsi assistenziali a domicilio di presa in carico.

Le Cure Domiciliari si articolano in differenti livelli di intensità e complessità assistenziale e si distinguono in:

- Cure Domiciliari di livello base
- Cure Domiciliari integrate di I, II e III livello

Le Cure Domiciliari hanno pertanto tra i loro obiettivi:

- stabilizzare il quadro clinico
- stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera
- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale
- migliorare la qualità della vita, limitando il declino funzionale della persona
- supportare la famiglia nel lavoro di cura
- ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e il ricorso ai servizi di emergenza/urgenza
- evitare, laddove possibile, il ricovero definitivo in strutture residenziali

Le Cure Domiciliari si rivolgono a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure al domicilio in quanto in situazione di fragilità.

Le Cure Domiciliari fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e riguardano specifiche prestazioni ed attività, sia di natura sociosanitaria che sociale a rilievo sanitario, rese in modo integrato al domicilio della persona con bisogni complessi. Sono erogabili le prestazioni mediche, infermieristiche, di aiuto infermieristico, riabilitative, educative, psicologiche e di assistenza tutelare.In ASST si è proceduto all'accreditamento della ''Unità d'Offerta Sociosanitarie di Cure Domiciliari'' presso il Distretto Media Valtellina, con sede a Sondrio, in Via Nazario Sauro 36/38.

La sede organizzativa ed operativa, non aperta al pubblico, funge da centrale operativa del servizio, attivo dal 01.10.2023.
L'attività amministrativa è assicurata dal lunedì al venerdì (esclusi eventuali giorni di festività) dalle ore 8.00 alle ore 16.00, attraverso la ricezione di e-mail, di telefonate e di eventuali colloqui a domicilio.
È stato nominato il Responsabile Sanitario Medico, con funzioni di organizzazione del servizio e di valutazione e miglioramento della qualità.

https://www.asst-val.it/rete-territoriale

1.3. BILANCIO

I bilanci, preventivo e consuntivo, pubblicati nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale alla pagina https://www.asst-val.it/bilancio-preventivo-e-consuntivo, rappresentano il volume e i costi di produzione aziendale

1.4 VOLUMI DI PRODUZIONE

	stima a dicembre 2023
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	4.235.000
per pazienti esterni	2.500.000
per pazienti ricoverati	860.000
Pronto Soccorso	875.000
ATTIVITA' DI RICOVERO	stima a dicembre 2023
numero ricoveri ordinari	16.498
di cui ricoveri DH	*2.550*
giornate di degenza (ordinari + dh)	132.400
	Anno 2023
INTERVENTI CHIRURGICI	9.896
	Anno 2023
PUNTI NASCITA-NUMERO NATI	700
Sondrio	457
Sondalo	229
ACCESSI PRONTO SOCCORSO	Anno 2023
	74.000

2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTI CORRUZIONE

La presente sezione è ripartita nelle seguenti sottosezioni di programmazione:

a) ***Valore pubblico, nel quale sono definiti:***

- gli obiettivi generali programmati in coerenza con i documenti di salute e programmazione sanitaria adottati da questa azienda, in ragione della mission attribuita dalla pianificazione regionale;
- gli obiettivi specifici dell'azienda inteso come valore pubblico finalizzato all'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale e ambientale a favore dei cittadini;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione;

b) ***Performance:*** la sottosezione è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e successive modifiche, ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di questa Azienda;

c) ***Rischi corruttivi e trasparenza:*** la sottosezione è predisposta dal RPCT sulla base degli obiettivi in materia definiti dalla Direzione Strategica, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190.

2.1 VALORE PUBBLICO

Il valore pubblico individua l'incremento del benessere reale (economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, culturale etc.) che si intende creare per la collettività, mobilitando al meglio le proprie risorse umane, finanziarie e tecnologiche, attraverso l'ottimizzazione dei processi interni (capacità organizzativa, sviluppo della rete di relazioni interne ed esterne), l'analisi della domanda e l'adeguatezza della risposta in termini di offerta di prestazioni in un contesto di sostenibilità ambientale delle scelte e di capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi. In altri termini, in momenti in cui le risorse economiche sono scarse e le esigenze sociali crescenti, l'obiettivo prioritario è quello di utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale).
In ambito sanitario, in particolare, la progressiva centralità del cittadino, visto come cliente e non solo come semplice destinatario di prestazioni, ha focalizzato l'attenzione sulla qualità delle prestazioni erogate e sull'efficienza della produzione.

2.1.1 VALORE PUBBLICO: ACCESSIBILITA'

Tempi d'attesa

A seguito della pandemia da SARS-COV-2, che ha portato al differimento di talune tipologie di prestazioni, alla crescente domanda e alla cronica carenza di personale Medico ed infermieristico, il tema del contenimento dei tempi di attesa e del loro puntuale monitoraggio è divenuto prioritario sia a livello locale che a livello Regionale e Nazionale. La nostra ASST tiene costantemente monitorati i tempi di attesa, operando per il contenimento degli stessi.

L'Azienda si impegna, dunque, a porre in essere le necessarie azioni per il governo dei tempi di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, nel rispetto dei codici di priorità definiti, rimodulando l'offerta tenuto conto delle risorse disponibili. L'impegno è altresì orientato a perseguire gli obiettivi assegnati da Regione Lombardia in termini di ampliamento dell'offerta tramite erogazione delle prestazioni anche in fascia serale, festiva e prefestiva.

Inoltre, l'azienda intende sviluppare la propria presenza sul territorio grazie all'avvio di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT (centrali operative territoriali) secondo i cronoprogrammi già citati.

ASST si impegna a garantire la piena accessibilità fisica e digitale da parte di tutti i cittadini anche in regime di telemedicina.

Telemedicina

In ASST Il progetto tele-visita è attivo da novembre 2020 e vede coinvolti, in via sperimentale, pazienti eleggibili a visita di controllo specialistica in telemedicina delle specialità di endocrinologia, diabetologia, nefrologia, reumatologia, neuroriabilitazione, psichiatria, ematologia.

Nel corso del 2024 si sperimenteranno due ambulatori (pneumologia e cardiologia) per implementare un nuovo modello di televista con il dispositivo Tytocare (permette di eseguire esami clinici completi di cuore, pelle, orecchie, gola, addome, polmoni, oltre al rilevamento della temperatura corporea) al fine di consentire la gestione di un ambulatorio periferico, in cui è presente il personale infermieristico, con il collegamento del medico da remoto.

Il percorso è definito in modo da non implicare alcun accesso fisico ai presidi di ASST da parte del paziente o del suo caregiver.

Nel corso del 2023 è stato implementato e rilasciato in produzione il nuovo sistema per la gestione del paziente in Terapia Anticoagulante (TAO). L'Azienda parteciperà, inoltre, alle attività coordinate da Regione Lombardia mirate alla definizione dei requisiti funzionali e tecnologici della Piattaforma

Regionale di Telemedicina quale architettura informatica per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina.

L'ASST nel corso del 2024 avvierà un progetto complessivo ad elevata componente tecnologica mediante l'uso di moderne soluzioni medicali (telemedicina, tele-monitoraggio domiciliare, diagnostica strumentale domiciliare) che garantiscano la continuità della cura e prestazioni specialistiche al domicilio del paziente. Il servizio fornito permetterà di mitigare gli squilibri e rispondere in maniera più efficace ai bisogni della popolazione, superando anche le problematiche legate alle caratteristiche geografiche del territorio e fornendo altresì un valido supporto ai MMG. Il contesto di sviluppo è il Progetto di Ospedale Virtuale Montano (MVH – Mountain Virtual Hospital) finanziato con le risorse delle strategie Aree Interne della Valchiavenna.

Accessibilità digitale

Nel processo di trasformazione tecnologica e transizione al digitale, l'ASST si pone l'obiettivo di rivedere e potenziare i percorsi di accoglienza del cittadino armonizzandoli con i processi organizzativi e il patrimonio hardware e software già presente e funzionante in Azienda.
Nel 2024 si prevede un consolidamento ed una maggiore diffusione l'integrazione per consentire i pagamenti PagoPA. Proseguirà nel corso del 2024 il monitoraggio degli errori che occasionalmente si presentano, intervenendo con modifiche applicative o con revisioni ai processi, a seconda della fattispecie di problematica riscontrata (ad esempio l'integrazione con l'applicativo di accettazione Omniecare di laboratorio).

Nel processo di digitalizzazione dei servizi territoriali dell'Azienda, orientata alla fruibilità dei servizi al cittadino, è stato realizzato un portale web che permette a tutti i cittadini di effettuare richieste direttamente **online**, evitando code agli sportelli.

Per tale ragione la ASST ha attivato un servizio denominato **"Portale Cittadino"** all'interno del quale sono offerti diversi servizi fruibile da smartphone, tablet o PC. L'accesso sul portale avviene tramite SPID/CIE (o tramite eIDAS). All'interno del portale sono presentati diversi servizi riportati a solo titolo indicativo e non esaustivo:

- cambio medico
- esenzione per reddito o per patologia
- prenotazione verso i consultori familiari
- richiesta di maternità anticipata
- download dei referti e delle immagini.

Portale Cittadino
MY ASST

In particolare, è possibile il ritiro di lettere di Dimissione Ospedaliera, Referti di Cardiologia, Referto di Diabetologia ed Endocrinologia, Referti di Laboratorio Analisi, Referto di Medicina Nucleare, Referto di

Nefrologia, Referto di Radiologia e immagini, Referto di Radioterapia, Referto di Visita Ambulatoriale e Verbali di Pronto Soccorso.

La funzione di **MyASST** consente lo scarico dei documenti solo per prestazioni esterne e soprattutto, al fine di non sostituirsi al FSE di Regione, per un periodo limitato a 45 giorni successivi alla firma del documento.
Nel corso dell'anno 2023 è stata effettuata l'attivazione di un servizio di prenotazione degli accessi presso i servizi a maggior affluenza come i CUP, gli uffici scelta e revoca e i centri prelievo, permettendo così di evitare lunghe attese e assembramenti.
È stato installato presso la portineria di Sondrio un totem con la funzionalità "Wayfinding" che consente al cittadino di "Interrogare il sistema" ed avere informazioni sul percorso da compiere per giungere presso un determinato ambulatorio o servizio rispetto alla sua posizione attuale.

2.1.2 VALORE PUBBLICO: RELAZIONE CON L'UTENZA

L'ASST ritiene centrale il rapporto con i cittadini-utenti e i loro rappresentanti al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti sul territorio di propria competenza.

Attraverso la consultazione e la partecipazione dei cittadini-utenti l'Azienda potrà attivare processi informativi e comunicativi sul territorio al fine di favorire la produzione di informazioni comprensibili ed efficaci e promuovere percorsi di facilitazione all'accesso dei servizi.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico rappresenta il *FRONT OFFICE* che gestisce l'attività di comunicazione con i cittadini, finalizzata a far sì che gli stessi conoscano e comprendano le norme e le attività svolte all'interno della pubblica amministrazione.

L'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è organizzata, in particolare, per:

- garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione di cui alla L. 07.08.1990, n. 241 e s.m. e i.;
- agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'illustrazione delle disposizioni normative e amministrative e l'informazione in ordine alle strutture ed alle relative competenze;
- promuovere l'adozione di sistemi di interconnessione telematica;
- attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti;
- garantire la reciproca informazione tra l'ufficio delle relazioni con il pubblico e le strutture degli enti interessati, nonché fra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle varie amministrazioni.

Gli utenti si rivolgono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per ricevere informazioni sui servizi e sulle attività erogate dall'Azienda nei vari Presidi Ospedalieri, nei Distretti, Case di Comunità (Cdc), per segnalare eventuali disservizi o criticità, per esprimere l'apprezzamento per l'assistenza ricevuta.

Tutte le segnalazioni e i reclami scritti, trasmessi o consegnati dai cittadini vengono presi in carico dagli operatori dell'URP, i quali provvedono ad avviare le necessarie verifiche, a favorire le conseguenti azioni di miglioramento ed a fornire riscontro scritto entro la tempistica prevista dalla normativa vigente.

Nell'attività volta a verificare la qualità dei servizi offerti all'interno dell'Azienda Sanitaria l'URP si avvale delle *indagini di Customer Satisfaction*, che si prefiggono di misurare il grado di soddisfazione degli utenti con l'analisi delle schede di Customer. Tale strumento permette sia di raccogliere informazioni utili sulle aspettative degli utenti rispetto ai servizi sanitari, sia di monitorare la percezione della qualità delle prestazioni ricevute, garantendo l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione delle stesse.

Servizio di ascolto e mediazione dei conflitti: l'URP deve essere in grado di ascoltare la voce del cittadino, in questo modo riconoscendogli un ruolo proattivo e di co-protagonista nella valutazione della qualità dei servizi a loro rivolti.

L'obiettivo è quello di accrescere le opportunità di autodeterminazioni del cittadino, migliorare la relazione operatore-utente e di conseguenza la compliance e incrementare il livello di soddisfazione di entrambe le parti; proprio sulla base dell'importanza dell'ascolto efficace dell'utente Regione Lombardia ha introdotto il s*ervizio di ascolto e mediazione dei conflitt*i, offerto ai cittadini al fine di affrontare situazioni conflittuali che possono crearsi seguito di eventi indesiderati.

Spesso il conflitto sorge dal fatto che le parti hanno diverse aspettative sulle relazioni:

- conflitti che sorgono da trappole comunicative;
- conflitti che sorgono da effetti non voluti;
- conflitti che sorgono dalla percezione di mancato riconoscimento delle difficoltà e dei bisogni altrui;
- conflitti che nascono dalla perdita di fiducia, dal senso di tradimento e dalla sofferenza.

Oggi questi conflitti tendono a prendere la forma di contenzioso; il servizio di ascolto e mediazione rappresenta un'occasione di prevenzione del contenzioso, perché comporta l'opportunità per operatore sanitario e utente di incontrarsi al di fuori della formalità del rito giudiziario, attraverso il confronto dei rispettivi vissuti ed il ripristino della comunicazione.

Se il cittadino, insoddisfatto della prestazione ricevuta presso una delle strutture aziendali, esprime la volontà di interfacciarsi con i rappresentanti dell'Azienda Ospedaliera, il Team dei mediatori organizza un incontro su appuntamento, assicurando all'interessato uno spazio di ascolto riservato in cui poter

approfondire l'accaduto, accogliendone vissuti e bisogni. In seguito, previa valutazione del caso, è possibile concordare un ulteriore incontro che consenta al cittadino e al professionista di ristabilire un dialogo, permettendo ad ognuno di esprimere il proprio punto di vista in un confronto diretto, facilitato dai mediatori.

Il servizio di Ascolto e Mediazione:

- garantisce ai cittadini ed ai professionisti, che hanno vissuto o stanno vivendo situazioni di elevata conflittualità all'interno dell'azienda sociosanitaria, di essere accolti ed ascoltati da mediatori appositamente formati;
- riduce la conflittualità ed il contenzioso tra pazienti e/o parenti e l'ospedale e tra operatori.

La segnalazione di casi ai mediatori può essere fatta da tutte le figure (Risk Manager, Direzione Medica di Presidio, SITRA, Qualità), che a vario titolo intercettano casi che possono avvalersi di un percorso di mediazione; allo stesso modo il servizio può essere proposto al cittadino direttamente dagli operatori degli Uffici Relazioni con il Pubblico Aziendali (URP) a seguito della presentazione di un reclamo.

Al fine di garantire l'esercizio dei diritti di informazione e trasparenza, l'URP procede al diretto aggiornamento del sito internet istituzionale e degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente, della pagina intranet aziendale e della cartellonistica volta a far conoscere e valorizzare presso i diversi target l'offerta sanitaria e sociosanitaria ovvero le relative modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni.

All'interno dell'Azienda è istituito l**'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT),** disciplinato dall'art. 20 della L.R. n. 48 del 16.09.1988 che prevede la sua articolazione in due sezioni, con competenza, rispettivamente, in materia sanitaria e socioassistenziale.

L'Ufficio di Pubblica Tutela in particolare:

- segnala all'ente di appartenenza disfunzioni nell'erogazione di servizi e prestazioni al fine di evitare l'insorgere di contenziosi;
- si raccorda con il difensore regionale e con altri organismi di tutela per risolvere in via consensuale questioni sollevate dagli utenti;
- verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie avvenga alle condizioni previste nella carta dei servizi. A tal fine, L'UPT ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento delle sue funzioni esclusivamente in merito agli specifici casi di cui si occupa e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio.

Ferme restando le competenze che la legge assegna all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nell'ambito dell'organizzazione della pubblica amministrazione, si ritiene di fondamentale importanza favorire forme di collaborazione tra lo stesso URP e l'UPT, seppur debba comunque essere tenuta presente la

distinzione di ruoli: l'URP è un'articolazione organizzativa dell'azienda, inserita in un rapporto di gerarchia e retta da personale interno mentre l'UPT è un organismo indipendente che opera al di fuori di ogni rapporto di gerarchia, la cui azione è motivata dall'obiettivo di fornire al cittadino un supporto nella tutela dei suoi diritti.

2.1.3 VALORE PUBBLICO: RISPARMIO ENERGETICO

Azioni strutturali e organizzative

L'attività della SC Gestione del Patrimonio durante l'Esercizio 2024 sarà volta all'attuazione del piano annuale del Programma triennale dei lavori pubblici dell'Azienda.
I documenti di programmazione sono stati redatti tenendo conto delle assegnazioni statali/regionali, in parte già acquisite dall'Azienda ed in parte da confermare a conclusione dell'iter amministrativo in corso, in conformità alle Linee Guida ed alle richieste di Regione Lombardia.

Sono di seguito riportati, alla data del 31/12/2023, gli interventi significativi in fase di esecuzione e quelli per i quali i finanziamenti risultano stanziati:

- opere di bonifica di manufatti contenenti amianto presso i presidi ospedalieri di Sondrio, Sondalo, Morbegno e Chiavenna, nonché presso la struttura di Tirano: le opere risultano collaudate e sono in corso le valutazioni per la richiesta di utilizzo delle economie;
- interventi di edilizia sanitaria per opere di adeguamento alla normativa antincendio, prima fase, da realizzare presso il PO di Sondrio.
- altre numerose opere di manutenzione diffuse ai numerosi fabbricati aziendali e relative alla messa in sicurezza antincendio e adeguamento dei luoghi di lavoro, in particolare presso il PO di Sondalo.

Sono in fase di verifica progettazione finale ed appalto i lavori di adeguamento normativo del PO di Sondalo e del PO di Chiavenna. Sempre tramite attivazione di Convenzione ARIA è in fase terminale la progettazione esecutiva dell'intervento relativo alla realizzazione di un nuovo reparto malattie infettive presso il PO di Sondalo (DGR XI/3264 del 16/06/2020).

È stato ultimato l'intervento principale di "*efficientamento del sistema di regolazione e di distribuzione dell'impianto di emungimento acqua freatica ad uso tecnologico del PO di Sondrio*" (DGR XI/3264 del 16/06/2020) per un importo complessivo pari ad € 200.000, per il quale si utilizzeranno le economie residue per interventi analoghi.

Risulta ultimato e trasmesso a Regione Lombardia lo studio di fattibilità, come da DGR XII/378 del 29/05/2023, relativo al potenziamento del PO di Sondrio.

Si è provveduto alla redazione dei progetti delle opere per la realizzazione delle Case di Comunità (CdC) e Ospedali di Comunità (OdC) del territorio dell'ASST della Valtellina e Alto Lario non ancora attivati (CdC di Tirano, Sondrio, Morbegno e Chiavenna e Dongo, OdC di Tirano, Morbegno e Sondrio e Dongo). Sono in corso le consegne e/o l'inizio dei lavori per le opere di realizzazione CDC e ODC sulla base delle gare svolte da ARIA SPA.

Ad oggi Asst è in attesa di approvazione da parte del competente ministero gli interventi rimodulati relativi al piano straordinario investimenti in Sanità (DGR XI/3479 del 05/08/2020), che riguardano la realizzazione di una nuova terapia intensiva presso il quarto padiglione del PO di Sondalo, la realizzazione di ulteriori camere a pressione negativa presso il primo padiglione dello stesso presidio e il trasferimento della rianimazione al piano seminterrato del padiglione "*Sud"* del PO di Sondrio.

Infine, sono state eseguite le analisi di vulnerabilità sismica e sono in corso le progettazioni per gli edifici "*CRA/Chiapedi*" del complesso "*ex ospedale psichiatrico*" di Sondrio, oggetto di un finanziamento regionale. Sono altresì in progettazione le opere per la ristrutturazione della palazzina, CRA/CPS di Chiavenna all'interno di un finanziamento.

Risultano in fase di aggiudicazione, a seguito di progettazione approvata, i lavori edili ed impiantistici DGR XI/7061 del 03/10/2022, per l'installazione delle seguenti apparecchiature elettromedicali finanziate con Fondi PNRR:

- Gamma Camera, reparto medicina nucleare PO Sondrio;
- Sistema Radiologico Fisso, Tavolo Telecomandato, reparto radiologia, piano rialzato, padiglione nord, PO Sondrio;
- Sistema Radiologico Fisso, Ortopantomografo, PO Morbegno.

I lavori di cui sopra sono programmati per iniziare nel primo trimestre del 2024.

Risultano in fase di progettazione, per successivo affidamento, i lavori edili ed impiantistici DGR XI/7061 del 03/10/2022 per l'installazione delle seguenti apparecchiature elettromedicali, finanziate con Fondi PNRR:

- Risonanza Magnetica, Padiglione 4, Ospedale di Sondalo;
- TAC 128 strati, PS del PO Sondrio;
- Risonanza Magnetica, PO Sondrio.

2.1.4 VALORE PUBBLICO: COMUNICAZIONE

La Carta dei Servizi rappresenta il documento cardine nel processo d'innovazione dei rapporti di comunicazione tra istituzioni e cittadino, a garanzia della qualità dei servizi che vengono erogati.
La Carta dei Servizi si configura pertanto come un documento che contiene le informazioni principali relative ai servizi ospedalieri e territoriali offerti dall'ASST e che permette al cittadino una scelta consapevole; in questa ottica rappresenta uno degli strumenti per affermare la centralità del cittadino nel Sistema Socio Sanitario, nella massima trasparenza verso l'utente.

I principali destinatari della Carta dei Servizi sono i cittadini utenti del Servizio Socio Sanitario Nazionale, gli operatori della sanità, i Medici di Medicina Generale, i Comuni e le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.

La Carta dei Servizi nel settore sanitario si basa su alcuni principi fondamentali:

- uguaglianza: l'accesso ai servizi sanitari deve essere garantito senza alcuna distinzione per motivi di sesso, razza, religione ed opinioni politiche;
- imparzialità: la prestazione dei servizi sanitari deve avvenire senza alcuna tipo di favoritismo;
- continuità: l'erogazione dei servizi sanitari deve essere continua e regolare. In caso di funzionamento irregolare debbono essere adottate misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile;
- partecipazione: i cittadini, direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano, devono sempre poter esprimere le proprie opinioni sui servizi che li riguardano, prevedendo appositi strumenti di partecipazione e coinvolgimento. E ad esse deve essere prestata massima attenzione nell'ottica di migliorare qualità del servizio stesso;
- efficacia ed efficienza: il servizio deve essere erogato secondo gli obiettivi prefissati e in modo tale da non disperdere le risorse umane ed economiche a disposizione;
- diritto di scelta: il cittadino ha diritto di scegliere, tra i soggetti che erogano servizi sul territorio, quelli di cui ha necessità.

In particolare:

- il principio cardine della Carta dei Servizi Sanitari è quello secondo cui l'ente erogatore adotta standard di quantità e di qualità del servizio di cui è tenuto ad assicurare il rispetto;
- l'ente erogatore pubblicizza gli standard adottati di cui informa il cittadino;
- l'ente erogatore verifica il rispetto degli standard e il grado di soddisfazione degli utenti;
- garantisce il rispetto dello standard adottato, assicurando al cittadino la specifica tutela, attraverso forme di rimborso nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, allo standard pubblicato.

La carta dei Servizi di ASST Valtellina e Alto Lario è stata revisionata nel 2023 ed è pubblicata nella pagina internet aziendale (**carta dei servizi**).

2.1.5 VALORE PUBBLICO: QUALITA' DEI SERVIZI

Asst Valtellina e Alto Lario pone, tra i propri obiettivi strategici per la creazione di valore pubblico, particolare riguardo circa la misurazione della qualità dei servizi offerti, avvalendosi di alcuni indicatori chiave tra quelli selezionati dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Quest'ultimo è lo strumento che consente di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il NSG è stato introdotto con il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ed è operativo dal 1° gennaio 2020.

Gli indicatori del NSG sono 88, distribuiti su diverse macro-aree, 22 di questi sono identificati come indicatori "core" da utilizzare per una valutazione sintetica dei servizi erogati, suddivisi in tre macro-aree:

- prevenzione collettiva a sanità pubblica
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera.

Una ulteriore selezione di indicatori chiave è stata effettuata da Regione Lombardia come obiettivi operativi di cui alla DGR n. XII 512/2023.

Queste misure vengono monitorate attentamente ed inserite tra gli indicatori del piano delle performance:

Area ospedaliera

- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.
- Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni.
- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.

Area prevenzione collettiva e sanità pubblica

- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).
- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la prima dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.
- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.
- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.

2.1.6 VALORE PUBBLICO: INNOVAZIONE TECNOLOGICA

L'ASST è beneficiaria dei finanziamenti del PNRR di cui alla D.G.R. n. 6609 e 6426 del 2022 "Piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR - Missione 6 Component 1 e Component 2 e PNC – approvazione del piano operativo regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC -individuazione dei soggetti attuatori esterni" e "Piano nazionale di ripresa e resilienza missione 6 componente 2, intervento 1.1.1 "ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione DEA I e II) - realizzazione della cartella clinica elettronica regionale telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali".

In ambito sanitario sono stati fatti e sono previsti investimenti significativi da parte dell'Azienda oltre a quelli previsti nell'ambito del PNNR mentre in ambito amministrativo/sanitario nel corso del triennio 2023-2025 sono in programma interventi per oltre € 500.000.

Per quanto concerne il potenziamento e rafforzamento infrastrutturale gli interventi previsti in itinere sono:

a) implementazione di sistemi di monitoraggio della rete e implementazione di sistemi e soluzioni rivolte al governo della gestione delle reti;
b) completamento copertura rete Wi-Fi.

Nel corso del 2023 sono stati sostituiti i due sistemi gestionali di Pronto Soccorso (sistema adeguato al nuovo flusso Euoll e Triage) e di ADT (Accettazione Dimissione e Trasferimento).
ASST aderisce alla gara Regionale che prevede l'adozione di un CUP unico previsto entro la fine del 2026.

Per quanto concerne la Cartella Clinica Elettronica:

- introduzione di una Cartella Clinica Elettronica di ricovero e ambulatoriale con funzionalità anche per la gestione di percorsi digitali integrati Ospedale-Territorio;

- automazione della logistica per la distribuzione e tracking dei farmaci al fine di ottimizzare la richiesta farmaci in base al reale consumo e garantirne la tracciabilità;

- digitalizzazione e integrazione di immagini, segnali, video per l'ampliamento della digitalizzazione e dell'integrazione dell'imaging clinico con particolare riferimento alla Digital Pathology.

Migrazione verso il Cloud

La strategia di sviluppo dei sistemi informativi ha comportato che nell'anno 2023 coerentemente con il piano nazionale di razionalizzazione e consolidamento dei Data Center della Pubblica Amministrazione, si è completata la migrazione dei sistemi applicativi verso il Data Center regionale, che garantisce più elevati livelli di sicurezza, Business continuity ed affidabilità in linea con le indicazioni del GDPR e con le linee guida Agid.
Nel corso dell'anno 2024 si prevede di ultimare la migrazione dei servizi strategici ancora verso il Cloud regionale come il la Radioterapia ancora presente presso il Data Center aziendale.

Evoluzione Sistemi RIS PACS di Cardiologia e di Endoscopia

Nelle more dell'espletamento della gara regionale per la gestione delle immagini diagnostiche (PACS centrale regionale), attualmente viene garantito il servizio di manutenzione ed assistenza sull'attuale sistema RIS/PACS presente presso il Data center Aziendale, nel corso dell'anno 2024 è previsto l'aggiornamento a detto sistema all'ultima versione disponibile e pienamente integrato con NPRI e con i sistemi dipartimentali.
L'evoluzione del sistema PACS prevede anche l'implementazione di un mini-PACS Cardiologico e la completa integrazione verso la NPRI e il SISS di tale sistema CIS (Cardiology Information System) nonché l'evoluzione di un sistema unico dedicato alla endoscopia digestiva verso un unico sistema web integrato al SISS.

Implementazione telefonia Digitale VoIP

È iniziato nel corso del 2023 il progetto VoIP che porterà nel corso del 2024 la completa realizzazione della telefonia digitale in tutte le sedi della ASST (a seguito di adesione alla convenzione Consip CT8). Il progetto avrà notevoli vantaggi in termini di affidabilità e scalabilità nonché di resilienza rispetto all'attuale sistema analogico presente e in end of service.

SD-WAN Multi-Carriers

Il progetto regionale Multi-Carriers prevede la ridondanza della rete MPLS nel corso del 2024, dei router CPE e dei nodi SD-WAN Edge. L'architettura SD-WAN Edge sarà costituita dai seguenti apparati:

1. Un router CPE Huawei 6140 fornito da TIM, un router CPE Huawei 6121E fornito da Fastweb con relativi transceiver e porte switch integrate;
2. Due nodi SD-WAN Edge Fortinet FG600F forniti da TIM o da Fastweb con relativi transceiver.

Gli apparati sopraindicati saranno installati in rack distinti in Azienda ciascuno con doppia alimentazione /UPS e adeguata ventilazione per garantire la continuità operativa.
Il progetto prevede il cambio della configurazione di rete per la nostra Azienda, l'accesso alla rete MPLS sarà centralizzato presso la struttura di Sondrio, Via Stelvio 25.

Lombardia - Sanità Connessa

La Strategia Nazionale Banda Ultra Larga nasce dall'esigenza di dotare tutto il territorio di una rete in fibra ottica che consenta la fruizione senza disparità di servizi all'avanguardia nel corso del 2024.
Il progetto sarà attuato in collaborazione con il Ministero dello Sviluppo Economico e con Infratel Italia SpA, sua società in-house, da OPEN FIBER operatore delle telecomunicazioni aggiudicatario la gara pubblica in Lombardia. Nel corso del 2023 sono terminati tutti i sopralluoghi preliminari all'inizio delle attività infrastrutturali.

Progetto LAN7

Gli obiettivi del progetto sono:

- ✓ sistemazione e riordino di tutti gli armadi di rete presenti in azienda con l'eliminazione degli sdoppiatori presenti;
- ✓ adeguamento della rete dati aumentando la copertura e la disponibilità dei punti rete fisici sui vari presidi;
- ✓ revisione dell'attuale topologia e posa di nuove dorsali in F.O. e nuovi armadi;
- ✓ realizzazione dei punti rete necessari alla completa eliminazione dei doppini telefonici aziendali (ove presenti) e di tutti gli sdoppiatori a seguito della implementazione presso tutti i presidi elencati della telefonia VoIP;
- ✓ sostituzione di tutti gli switch con nuovi switch PoE di ultima generazione, implementazione di nuovi apparati UPS, Armadi in ottica di continuità operativa e ridondanza;
- ✓ implementazione di sistemi di monitoraggio della rete e implementazione di sistemi e soluzioni rivolte al governo della cybersecurity in ottica UNI 27001 e direttiva NIS con lo

scopo di affrontare a tutto tondo gli aspetti relativi al controllo delle minacce informatiche;

- ✓ completamento copertura rete Wi-Fi su tutti i Presidi Ospedalieri e nelle aree dove è prevista la degenza, l'accoglienza, servizi rivolti al cittadino o necessità relative ad apparecchiature o servizi aziendali. In continuità con quanto già presente sul P.O. di Sondrio in termini di strumenti di monitoraggio e gestione della rete WiFi e con la dotazione di un portale di accesso esclusivamente tramite SPID rivolto al cittadino.

Le attività sono state evase sui presidi di Livigno, Bormio, Tirano e Sondrio e proseguiranno nel corso del 2024.

Fleet Management

Si sta procedendo nella continua attuazione del rinnovo tecnologico delle postazioni di lavoro che verrà completato verso similmente entro l'anno 2024.

Gestione documentale

Nel corso dell'anno 2024 è prevista la sostituzione del sistema di gestione documentale utilizzato per l'attività di protocollo e di redazione delle determine e delle delibere con un nuovo sistema completamente web e integrato con il sistema di conservazione regionale e il portale aziendale, in piena aderenza alla normativa GDPR e di Amministrazione Trasparente.

Firma Digitale Remota e adeguamento al FSE2.0

Nel contesto delle iniziative nazionali indirizzate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in particolare con riferimento alla Missione 6 Salute che prevede il potenziamento e l'evoluzione del Fascicolo Elettronico (investimento M6C2 1.3.1) verso l'FSE2.0 al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e professionisti sanitari sono state realizzate le modifiche agli applicativi di reparto, Pronto Soccorso, Radiologia e Laboratorio Analisi. In particolare, nel mese di Novembre 2023 ASST Valtellina e Alto Lario ha pubblicato in modalità FSE 2.0, tramite firma remota, tutte e 4 le classi documentali indicate. Nel corso del 2024 verranno rilasciate gli aggiornamenti a tutti gli altri applicativi Aziendali al fine di uniformare e garantire gli obiettivi.

2.1.7 VALORE PUBBLICO: RISK MANAGEMENT

*"Non tutto ciò che viene affrontato può **essere cambiato**, ma niente può **essere cambiato** finché non viene affrontato."*
JAMES ARTHUR BALDWIN

La gestione del rischio clinico è un'importante area strategica, funzionale non solo al sistema di gestione della qualità delle prestazioni, ma anche alle implicazioni economiche e finanziarie che ne derivano.
Il Centro Regionale fornisce annualmente con le linee operative, e le indicazioni per lo sviluppo delle tematiche indicate nelle linee guida di Risk management.
Il Risk Manager, quale coordinatore del Gruppo per la Gestione del Rischio, supporta tutte le figure interessate per i relativi aspetti di responsabilità, affinché si possano sviluppare interventi integrati e metodologicamente strutturati di gestione del rischio con tutte le figure preposte con una logica di facilitazione, attraverso l'analisi di quanto messo in campo negli anni precedenti, degli esiti delle azioni intraprese o in fase di sviluppo, allo scopo di predisporre un'analisi dei rischi specifici derivanti dall'evento pandemico, adeguando i propri modelli di monitoraggio al mutato quadro di riferimento, sia per quanto riguarda l'individuazione delle aree critiche che possono generare conseguenze agli utenti, sia per i possibili esiti legali di tali situazioni.

***Le cadute di persone trattate*:** le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie, il cui rischio, seppure sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali. Si tratta di eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso strumenti validati in letteratura che, congiuntamente ad una valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. Attraverso la valutazione di ciascun paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali è possibile prevenire e comprimere il rischio di caduta.
È fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.
La compressione del rischio da caduta del paziente in struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale.
La capacità e la possibilità di una gestione immediata e corretta del paziente dopo una caduta e di una assistenza appropriata per gli eventuali esiti sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per gli operatori e per le strutture.

Il tasso aziendale di cadute per giornate di degenza degli ultimi 3 anni, è inferiore al valore regionale.
Dai dati relativi alle segnalazioni di caduta a livello aziendale si evince che il tasso di cadute con danno (sono considerate le cadute che hanno portato conseguenze da lieve a grave danno/decesso - escluse le cadute con nessuna conseguenza) è progressivamente diminuito negli ultimi 3 anni in considerazione delle attività di analisi del rischio di cadute e degli interventi preventivi messi in atto.

INDICATORI:

Cadute con danno di persone trattate / gg degenza x 10000	Dati 2020	Dati 2021	Dati 2022	Dati 2023	Risultato atteso 2024
n° cadute con danno	60	56	55		
giornate di degenza totali	125.401	129.639	131.960		
tasso su giornate di degenza *10000	4,78	4,32	4,17	in attesa dato consolidato anno 2023	Mantenimento/miglioramento

2.2 PERFORMANCE

L'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e successive modifiche), persegue l'implementazione e lo sviluppo del "ciclo della performance" al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze del cittadino, attraverso il soddisfacimento della Mission e della Vision aziendale.

Il Piano della Performance è un documento programmatico di durata triennale e rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance. Nel Piano, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della Performance stessa. Attraverso il piano è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholders. Dall'adozione di questo strumento ci si attende inoltre una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e la tensione di esse verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.
Il Piano della Performance viene predisposto come documento strategico programmatico, integrato al PIAO e viene adottato entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Gli obiettivi per l'anno 2024
La gestione del ciclo della performance dell'ASST Valtellina e Alto Lario ha inizio con la definizione, da parte della Direzione Strategica, delle principali linee strategiche che l'azienda intende perseguire nel triennio (performance aziendale) seguendo le indicazioni delle linee guida nazionali e regionali (Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario Regionale, Regole di sistema regionali, Obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale). Sono così definiti gli obiettivi strategici istituzionali, nonché quelli aziendali derivanti da progetti interni specifici.

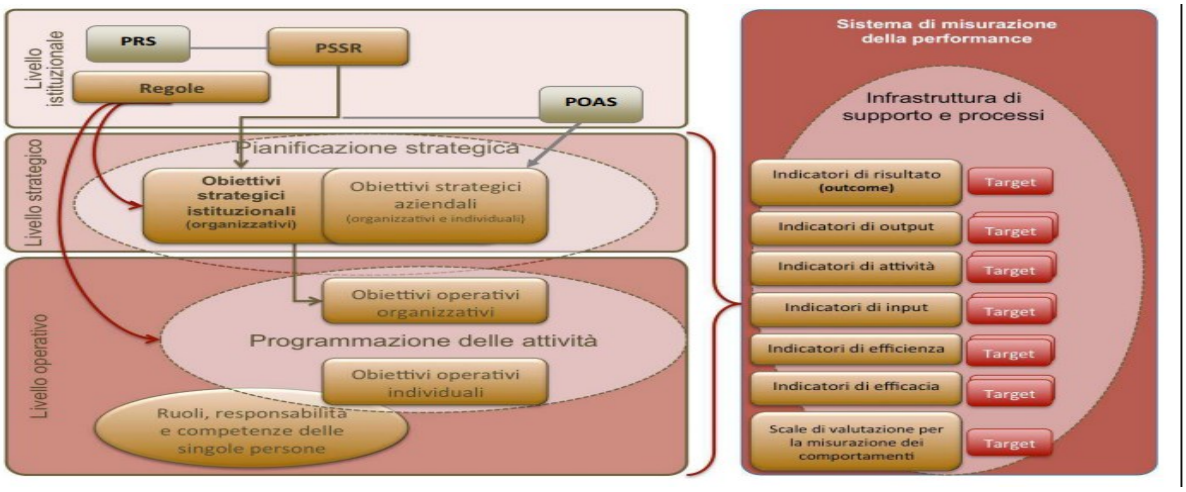
A cascata, per ogni linea strategica, vengono quindi definiti gli obiettivi operativi da declinare a livello di singola Unità Operativa, che è individuata come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa) e a livello di singolo dipendente, afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Le principali indicazioni regionali sono contenute negli indirizzi di programmazione per l'anno in corso, dettagliate dalle successive note e deliberazioni. Pertanto, il Piano delle Performance è passibile di modifiche e integrazioni dettate dall'emissione di atti di indirizzo da parte di Regione Lombardia nel corso dei mesi.
Per l'anno 2024, nelle more degli obiettivi che Regione Lombardia assegnerà e di quelli che verranno definitivi dalla Direzione Strategica, si delineano a seguire gli obiettivi già individuati in linea con i provvedimenti regionali ad oggi pervenuti:

- Equilibrio di bilancio;
- Rispetto dei tempi di pagamento;
- Rispetto della produzione a contratto (ricoveri/ambulatoriali/psichiatria);
- Efficientamento del flusso dei pazienti da Pronto Soccorso;
- Adesione a gare centralizzate/aggregate/consorziate/servizi in concessione;
- Programmi di screening oncologici.

Albero della Performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mission, obiettivi strategici e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'azienda.



Performance organizzativa

La declinazione dalla linea strategica a livello di Unità Operativa si realizza attraverso il Processo di budget che rappresenta una parte fondamentale per l'attuazione di quanto previsto nel Piano delle Performance e che quindi non può essere scollegato rispetto al ciclo della performance.

Il budget è lo strumento di programmazione annuale degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse, ossia l'insieme delle previsioni riguardanti la qualità/quantità delle prestazioni e dei servizi da erogare per rispondere ai bisogni di salute, nel pieno rispetto dei vincoli di risorse assegnate. A livello di singola unità organizzativa, il budget rappresenta uno strumento di responsabilizzazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse da utilizzare. Il conseguimento di tali obiettivi consente alla Direzione di esprimere la sua capacità di programmare e di gestire le proprie attività sulla base di un costante monitoraggio.

L'ASST Valtellina e Alto Lario adotta il regolamento di budget, nel quale sono definite le fasi del processo, dalla programmazione alla definizione degli obiettivi strategici ed economici, dall'assegnazione dei budget ai Dipartimenti Gestionali e ai Centri di Responsabilità, attraverso un monitoraggio intermedio degli obiettivi, una verifica finale e una valutazione degli obiettivi.

Il processo di budget si avvale del sistema di contabilità analitica quale strumento di riferimento per il governo dell'attività aziendale, attraverso la rilevazione e l'analisi dei ricavi e dei costi, secondo le dimensioni natura/centro di destinazione. A livello di singola unità organizzativa, il budget è uno strumento di responsabilizzazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse da utilizzare che devono riferirsi a variabili specifiche, misurabili con indicatori qualitativi e quantitativi e riguardare fattori produttivi governabili dai centri di responsabilità. L'assegnazione degli obiettivi ai dirigenti medici e sanitari di unità organizzative di produzione sanitaria e il loro conseguimento costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dal sistema premiante.

Performance individuale

La performance individuale rappresenta un livello di performance complementare a quello della performance organizzativa, alimentando la valutazione delle risorse umane. La valutazione delle risorse umane, a sua volta, si articola nello specifico nei seguenti elementi.

- Nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati,
- nella valutazione delle competenze/comportamenti che, a seconda del ruolo di afferenza del personale, prevede criteri e modalità differenti dettagliatamente illustrate nelle specifiche procedure aziendali.

Al sistema di valutazione degli obiettivi e dei comportamenti/competenze è strettamente collegato il sistema premiante degli incentivi economici legati alla retribuzione di risultato/premialità, materia che è disciplinata nell'ambito della contrattazione collettiva integrativa aziendale, attraverso specifici accordi sindacali, che formalizzano, annualmente, i criteri di erogazione dei fondi di premialità

L'ASST Valtellina e Alto Lario ha adottato il regolamento per la valutazione delle prestazioni dei dipendenti area dirigenza medica-SPTA (delibera n. 806 del 21/11/2017) e del comparto (delibera n. 480 del 08/08/2018), ai quali si rimanda per quanto concerne le modalità di svolgimento del processo di valutazione della performance individuale.

La tempistica del ciclo della performance

Il ciclo di gestione della performance si sintetizza quindi nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

a) definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, in coerenza con il ciclo di bilancio;
c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
e) utilizzo dei sistemi premianti;
f) rendicontazione dei risultati.

Ad ogni annualità l'Azienda si impegna a identificare, nella Relazione sulle performance riferita all'annualità precedente, e per ciascun indicatore, un risultato richiesto compatibile con le variabili di contesto specifiche dell'anno stesso, alla luce delle risultanze emerse dalla relazione medesima ed in linea con il trend attribuito.

Nella tabella che segue è illustrato il ciclo di gestione della performance con l'evidenza delle principali azioni, responsabilità e scadenze temporali che lo caratterizzano nell'ASST Valtellina e Alto Lario.

AZIONE	RESPONSABILE	ANNO	MESE
Presentazione BPE	Economico Finanziario	2023	dicembre
Sottoscrizione schede di budget	CdG, Direzione Strategica	2024	marzo
Attribuzione obiettivi individuali	Direttori di Struttura	2024	aprile
Sottoscrizione contratto ATS	Direzione Strategica	2024	maggio
Verifica intermedia obiettivi di budget con eventuale rinegoziazione	CdG	2024	luglio/ottobre
Verifica finale obiettivi di budget	CdG	2025	febbraio/marzo
Valutazione finale obiettivi individuali	Risorse Umane, Direttori di Struttura	2025	aprile
Approvazione bilancio di esercizio	Economico Finanziario	2025	aprile
Distribuzione retribuzione di risultati	Risorse Umane	2025	giugno

Nella tabella che segue è illustrato il processo di budget con l'evidenza delle principali azioni, responsabilità e scadenze temporali che lo caratterizzano nell'ASST Valtellina e Alto Lario.

OBIETTIVI di BUDGET/Mese	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Definizione delle risorse e dei macro-obiettivi												
Presentazione degli obiettivi a livello dipartimentale												
Negoziazione degli obiettivi a livello di struttura												
Primo monitoraggio degli obiettivi e analisi scostamenti												
Rinegoziazione degli obiettivi a livello di struttura												
Secondo monitoraggio degli obiettivi e/o monitoraggio degli obiettivi rinegoziati con analisi scostamenti												
Verifica, misurazione e validazione dei risultati												
Presentazione e validazione del processo di budget al NdV												
Relazione dell'anno sugli obiettivi di performance												

<u>Gli obiettivi operativi</u>

Gli obiettivi operativi dell'ASST Valtellina e Alto Lario ed i relativi indicatori e target sono riportati nell'allegato denominato **"Allegato 1 – PIAO 2024-2026".**

2.3 RISCHI CORRUTTIVI e TRASPARENZA

L'Azienda nella presente sezione pianifica l'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, contribuendo alla creazione e al miglioramento del valore pubblico.

Soggetti e ruoli nella strategia di prevenzione

I soggetti coinvolti nel sistema della prevenzione del rischio corruzione sono individuati sulla base dei compiti che di seguito si espongono sinteticamente tenuto conto del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024, approvato da ultimo con DGR n. XII/1035 del 02/10/2023 :

LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario della presente sezione ;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, ivi compresi quelli che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, ossia a mero titolo esemplificativo, i criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001.
- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

a) in base a quanto previsto dalla legge n.190/2012

- definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8) su proposta dei dirigenti di Unità Operativa;
- verifica l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità (art. 1, comma 10 lett. a);
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a), nonché in seguito a specifiche segnalazioni da parte dei dirigenti delle aree a rischio;

- verifica, d'intesa con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. B);
- individua, d'intesa con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c),
- pubblica annualmente sul sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività (art. 1, comma 14);
- può avvalersi delle strutture di vigilanza ed audit interno, ove presenti.

In ottemperanza a quanto previsto dal PNA 2016, con provvedimento deliberativo n. 191 del 21 aprile 2016 è stato istituito il Gruppo di Lavoro a supporto del RPCT, la cui composizione, aggiornata con determinazione dirigenziale n. 373 del 15 marzo 2019 e con deliberazione n. 275 del 14/04/2023, mira ad assicurare - in una logica di integrazione delle attività ed in stretta aderenza all'attuale assetto organizzativo - competenze multidisciplinari a sostegno dell'attività del RPCT, garantendo al contempo la rappresentanza di tutte le aree a maggior rischio corruzione e delle articolazioni aziendali a maggiore complessità organizzativa.

IL COLLEGIO SINDACALE

Il collegio sindacale, nominato dal direttore generale, svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- verifica la regolarità amministrativa e contabile;
- vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD) o DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

Al DPO compete informare e consigliare l'organizzazione ed i suoi dipendenti circa gli obblighi di protezione dei dati ai sensi della normativa vigente in materia di privacy e monitorare la conformità dell'organizzazione al Regolamento ed alle policy e procedure interne in materia di protezione dei dati.

Va peraltro precisato che il DPO supporta il RPCT e i responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente" in ordine alla conformità dei contenuti pubblicati in "Amministrazione Trasparente" alla normativa in materia di protezione dei dati personali.

I REFERENTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

In considerazione della particolare articolazione organizzativa aziendale, l'attività del RPCT non può prescindere dall'ausilio dei Referenti, quali soggetti indispensabili per l'attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPCT e sulla individuazione e attuazione delle misure.

L'Azienda assicura quindi al RPCT il supporto delle professionalità operanti negli ambiti a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le Unità Organizzative.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza rimane comunque il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

I Referenti sono individuati nei Dirigenti responsabili delle Strutture e/o articolazioni aziendali, ciascuno per le aree di attività di rispettiva competenza.

I Referenti svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale; in particolare svolgono funzioni di supporto al RPCT in materia di:

- funzionamento e osservanza del Piano anticorruzione e trasparenza;
- attuazione del Piano, nonché revisione annuale e revisione in occasione di accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, e dell'insussistenza di eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- realizzazione delle misure volte alla rotazione del personale nelle aree preposte allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, per individuare, in collaborazione con RPCT, il personale da inserire nei programmi in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, altresì, eventuali ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- partecipano al processo di gestione del rischio coinvolgimento di tutti i Dirigenti e dipendenti delle Strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

- assolvono agli obblighi di pubblicazione nella sezione del sito internet denominata Amministrazione Trasparente in conformità all'allegato 3 del presente documento.

Inoltre, ad essi compete:

- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT, ove richiesto.
- vigilare sull'osservanza, oltre che del Codice Disciplinare, del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n.62/2013) e del Codice di Comportamento dell'ASST Valtellina e Alto Lario, attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari;

L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 Bis D.lgs 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI (NVP)

Il NVP svolge un ruolo importante nel coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Il Nucleo di Valutazione:

- partecipa al processo di gestione del rischio offrendo un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori;
- verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dalla ASST Valtellina e Alto Lario.

IL RESPONSABILE DELLA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING

Con delibera n. 1261 del 21.10.2015 della disciolta AOVV è stata istituita la funzione di Internal Auditing, in linea con le disposizioni della DGR n. 2989 del 23/12/2014.

Con delibera n148 del 31.03.2016 è stato individuato il responsabile della funzione di Internal Auditing dell'ASST, già RPCT, e costituito il gruppo di lavoro dedicato.

Con delibera n. 363 del 15.06.2016 è stato approvato il manuale per lo svolgimento dell'attività di Internal Auditing che ha delineato i principi, le procedure, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati per la verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali.

La funzione di IA rappresenta una funzione di controllo indipendente che si posiziona nell'ambito dei controlli interni di terzo livello, presidiando i controlli di secondo livello svolti dalle altre funzioni aziendali (Controllo di Gestione, Risk Management, Qualità, …) e di primo livello attuati dai Dirigenti responsabili dei processi aziendali.

La missione dell'Internal Auditing è assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo e di gestione dei rischi identificandoli, mitigandoli e monitorandoli.

IL RESPONSABILE ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)

Come indicato nella Delibera n.831 del 3/8/16 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 – 2018 occorre indicare il nome del RASA all'interno del PTPC al fine di assicurare l'effettiva nomina e inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'ASST Valtellina e Alto Lario con deliberazione n.574 del 17 settembre 2021 ha nominato il dott. Renato Paroli "Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante" (RASA) dell'ASST.

IL GESTORE IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO

Il D. Lgs. n. 90/2017 dispone che le pubbliche amministrazioni comunichino all'Unità d'Informazione Finanziaria (UIF) presso la Banca d'Italia i dati e le informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengono a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, per consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

L'Azienda, al fine di dare attuazione al dettato normativo, ha individuato nella stessa persona del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo con deliberazione n. 890 del 31.12.2019.

In data 31.12.2020 è stata formalizzata la procedura per la segnalazione di operazione sospetta in materia di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

TUTTI I DIPENDENTI E COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO DELL'ASST VALTELLINA E ALTO LARIO

- tutti i dipendenti dell'ASST Valtellina e Alto Lario partecipano al processo di gestione del rischio;
- tutti i dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo dell'ASST Valtellina e Alto Lario osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T;
- tutti i dipendenti dell'ASST Valtellina e Alto Lario segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D.; segnalano casi di personale conflitto di interessi;
- tutti i collaboratori a qualsiasi titolo dell'ASST Valtellina e Alto Lario segnalano le situazioni di illecito;
- Tutti i soggetti che dispongono di dati utili e rilevanti (es. uffici legali interni, uffici di statistica, uffici di controllo interno, ecc.) hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio.

STAKEHOLDER

L'Azienda si impegna ad attivare canali di ascolto che consentano agli stakeholder, in quanto portatori di interessi rilevanti per la stessa, di presentare osservazioni, consentendo così, qualora necessario, di apportare gli opportuni correttivi.

Processo di predisposizione della sezione

La presente sezione predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (d'ora in poi denominato RPCT), su mandato della Direzione Strategica, rappresenta la revisione della sezione del PIAO 2023 - 2025.

La presente sezione tiene conto delle misure di prevenzione adottate nel 2023 e rendicontate sia ai fini della Performance sia nella Relazione annuale del RPCT, pubblicata sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione "Altri contenuti – Prevenzione della corruzione", di cui si riportano le considerazioni generali.

Relazione annuale del R.P.C.T. Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e del'Alto Lario	
Stato di attuazione del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO	Il livello effettivo di attuazione della sez. PIAO 2023-2025 "Rischi corruttivi e trasparenza" è complessivamente positivo, anche se non tutte le misure, generali e specifiche, sono state completamente attuate. La valutazione tiene conto degli esiti del monitoraggio sull'attuazione delle misure, generali e specifiche, che assicurano al RPCT dati e informazioni, valutazioni, proposte e suggerimenti da parte dei Referenti. Tra i principali fattori che hanno agevolato il funzionamento del sistema si evidenzia, nella maggior parte

	dei casi, il miglioramento del grado di partecipazione e di coinvolgimento dei Referenti del RPCT.
Aspetti critici dell'attuazione del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO	Le azioni messe in campo dal RPCT per l'attuazione delle misure previste nella sez. PIAO 2023-2025 "Rischi corruttivi e trasparenza" non hanno rilevato particolari fattori di ostacolo. L'attuazione della sez. PIAO 2023-2025 "Rischi corruttivi e trasparenza" mantiene comunque margini di miglioramento che potrebbero essere colmati, sia attraverso la prosecuzione di una adeguata formazione, sia attraverso una costante e continua collaborazione con le varie componenti aziendali ed infine con l'informatizzazione dei flussi di dati/informazioni.
Ruolo del RPCT	Il RPCT, in continuità con l'azione intrapresa negli anni precedenti, ha coinvolto tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione. In tale attività il RPCT è stato supportato, oltre che dagli organismi preposti a livello nazionale, regionale e aziendale, dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, sia per la parte relativa alla trasparenza sia complessivamente per il PIAO.
Aspetti critici del ruolo del RPCT - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o del PTPCT	La complessità del ruolo e della gestione del rischio in un settore particolarmente strategico richiede un costante richiamo alla fondamentale importanza della collaborazione dei Referenti.

La relazione è altresì trasmessa al Direttore Generale, al Collegio Sindacale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, al Responsabile della protezione dei dati e al Risk Manager.

La presente sezione inoltre tiene in considerazione il Piano di Formazione aziendale e il Programma delle attività di audit, al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione e illegalità.

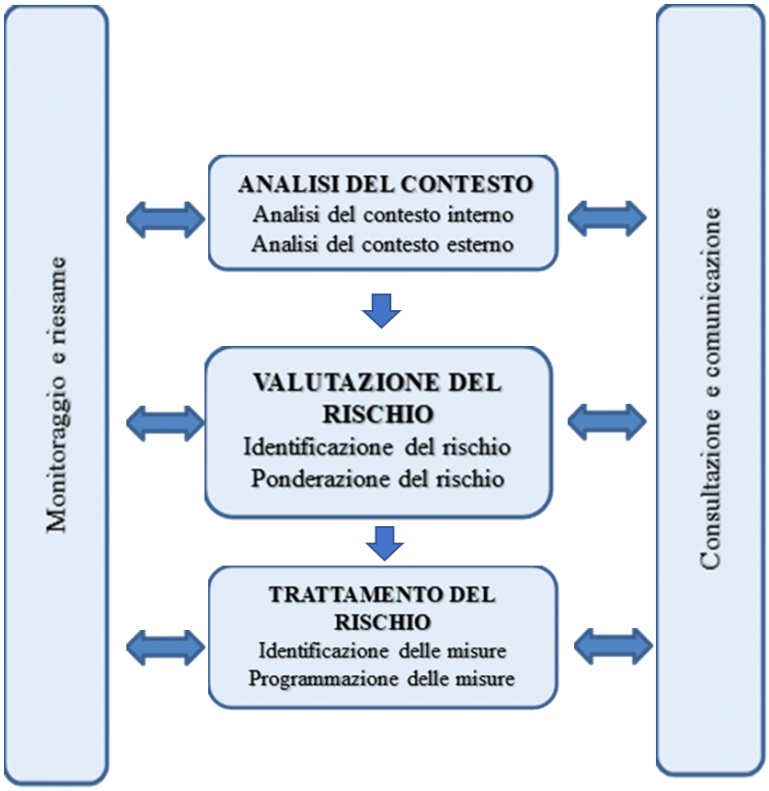
L'obiettivo strategico di ASST Valtellina e Alto Lario in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, precisato nel presente documento, è quello di elaborare un sistema organico di azioni e misure che, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione, sia idoneo a prevenire (evitare/impedire) il rischio corruttivo nell'ambito di tutti i processi dell'Azienda.

A. Modello organizzativo per la prevenzione della corruzione

La presente sezione costituisce l'atto organizzativo fondamentale in cui è definita la strategia di prevenzione dell'Azienda e dunque il sistema di gestione del rischio che ne rappresenta il cardine.

Le principali finalità del processo di gestione del rischio sono il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.
Il processo di gestione del rischio di corruzione, così come delineato da ANAC (fig.1), si articola nelle fasi di seguito riportate, secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento: ogni anno deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze dell'anno precedente, adeguandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.
A tal proposito l'Azienda si impegna a realizzare un documento di supporto metodologico per il l sistema di gestione del rischio.

Figura 1 – Il processo di gestione del rischio di corruzione



Per calibrare le misure di prevenzione della corruzione occorre analizzare il contesto, esterno ed interno, in cui opera l'Azienda, che rappresenta sia uno elemento unitario e integrato del PIAO, sia il presupposto dell'intero processo di pianificazione del PIAO al fine di identificare le strategie capaci di produrre valore pubblico e di predisporre le diverse sottosezioni del PIAO.
In particolare, il contesto esterno ed interno dell'Azienda costituisce elemento essenziale del Piano della performance, così come costituisce la prima fase del processo di gestione del rischio corruttivo. A ciò si

aggiunga che la struttura organizzativa, elemento essenziale del contesto interno, deve essere esaminata anche con riferimento alla sezione "Organizzazione e capitale umano" del PIAO.
Tuttavia, è necessario che, per le finalità della sezione anticorruzione e trasparenza, tali analisi contengano elementi utili e significativi per corrispondere alle esigenze della gestione del rischio corruttivo.

Contesto esterno
Attraverso l'analisi del contesto esterno, si acquisiscono le informazioni necessarie a identificare i rischi corruttivi che lo caratterizzano in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui si opera.
L'analisi del contesto esterno conduce all'individuazione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio, di sicurezza e criminalità, ovvero del settore specifico di intervento e di come queste ultime – così come le relazioni esistenti con gli stakeholders – possano condizionare impropriamente l'attività dell'amministrazione.

Dalla pagina di ANAC - https://www.anticorruzione.it/indicatori-di-contesto si evincono gli indicatori di contesto che supportano l'analisi del rischio corruttivo nei territori, andando ad indagare dimensioni tematiche legate all'istruzione, alla presenza di criminalità, al tessuto sociale, all'economia locale e alle condizioni socioeconomiche dei cittadini.

I principali indicatori di contesto presi in considerazione da ANAC sono:
- Criminalità
- Capitale Sociale
- Istruzione
- Economia

Per quanto riguarda lo scenario socioeconomico della Provincia di Sondrio si rimanda al Documento Unico di Programmazione 2024/2026 e in particolare alla sezione "Analisi Strategica della Condizioni Esterne", che evidenzia la complessità del territorio e della popolazione della Provincia (di seguito il link per consultare il documento:
https://servizi.provincia.so.it/AttiVisualizzatore/visualizza/delibera/2415322)

Il medesimo Documento Unico di Programmazione, pubblicato alla voce Bilancio 2024/2026 https://www.provincia.como.it/bilancio-preventivo-e-consuntivo) è stato consultato per la Provincia di Como, in particolare per l'area territoriale dell'Alto Lario e di Dongo. Dal documento si evince la particolare importanza economica che ha il turismo su queste zone

Contesto interno
In relazione al contesto interno si fa riferimento alle informazioni e i dati evidenziati nel capitolo 3.1, utili sia per rappresentare l'organizzazione, sia per individuare le caratteristiche organizzative che possono influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione.

Una parte fondamentale dell'analisi del contesto interno è costituita dalla mappatura dei processi e tra i processi da mappare o la cui mappatura va aggiornata in via prioritaria particolare importanza assumono quelli in cui sono gestite risorse finanziarie del PNRR.
A tal proposito l'Azienda si impegna ad avviare la revisione dei processi mappati considerando in via prioritaria le nuove attività trasferite da ATS della Montagna ad ASST ed i processi relativi al PNRR coinvolgendo i Direttori delle Strutture interessate.

B. Valutazione del rischio

Unitamente all'avvio della revisione dei processi mappati, l'Azienda si impegna a rivedere anche la valutazione del rischio, coinvolgendo i Direttori delle Strutture interessate alla mappatura di tutte le attività rientranti nelle aree/processi maggiormente a rischio.
Attualmente la valutazione del rischio è basata sulla metodologia (norma internazionale ISO 31000) che stima il valore della probabilità ed il valore dell'impatto attraverso lo strumento proposto nel P.N.A., che determina una scala da 1 – 25, personalizzata per ASST Valtellina e Alto Lario, come riprodotto nelle figure riportate nelle pagine seguenti

Figura 1 – modulo Valutazione del rischio rev.0

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Dipartimento/Struttura: _____
Processo: _____
Procedimento: _____

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ Gli indici di probabilità vanno indicati sulla base della valutazione del gruppo di lavoro	Discrezionalità	Il processo è discrezionale?	No, è del tutto vincolato	1 ☐
			È parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2 ☐
			È parzialmente vincolato solo dalla legge	3 ☐
			È parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4 ☐
			È altamente discrezionale	5 ☐
	Rilevanza esterna	Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?	No, ha come destinatario finale un ufficio interno	2 ☐
			Si, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento	5 ☐
	Complessità del processo	Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?	No, il processo coinvolge una sola p.a.	1 ☐
			Si, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni	3 ☐
			Si, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni	5 ☐
	Valore economico	Qual è l'impatto economico del processo?	Ha rilevanza esclusivamente interna	1 ☐
			Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti)	3 ☐
			Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto)	5 ☐
	Frazionabilità del processo	Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?	No	1 ☐
			Si	5 ☐
	Controlli (*)	Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?	Si, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1 ☐
			Si, è molto efficace	2 ☐
			Si, per una percentuale approssimativa del 50%	3 ☐
			Si, ma in minima parte	4 ☐
			No, il rischio rimane indifferente	5 ☐

Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario
Dipartimento/Struttura DIREZIONE GENERALE 00 – Mod DG 79 rev. 0 - Pagina 1 di 3

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO Gli indici di impatto vanno stimati sulla base di dati oggettivi, ossia di quanto risulta all'amministrazione	Impatto organizzativo	Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti).	Fino a circa il 20%	1 ☐
			Fino a circa il 40%	2 ☐
			Fino a circa il 60%	3 ☐
			Fino a circa l' 80%	4 ☐
			Fino a circa il 100%	5 ☐
	Impatto economico	Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?	No	1 ☐
			Si	5 ☐
	Impatto reputazionale	Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?	No	0 ☐
			Non ne abbiamo memoria	1 ☐
			Si, sulla stampa locale	2 ☐
			Si, sulla stampa nazionale	3 ☐
			Si, sulla stampa locale e nazionale	4 ☐
			Si, sulla stampa locale, nazionale e internazionale	5 ☐
	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?	A livello di addetto	1 ☐
			A livello di collaboratore o funzionario	2 ☐
			A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa	3 ☐
			A livello di dirigente di ufficio generale	4 ☐
			A livello di capo dipartimento/segretario generale	5 ☐

RIEPILOGO

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO: =
Valore frequenza X valore impatto (Nota: moltiplicare le Medie)

VALUTAZIONE PROBABILITÀ		VALUTAZIONE IMPATTO	
Discrezionalità		Impatto organizzativo	
Rilevanza esterna		Impatto economico	
Complessità del processo		Impatto reputazionale	
Valore economico		Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	
Frazionabilità del processo			
Controlli			
Totale		Totale	
Media		Media	
VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = Valore M Probabilità x Valore M Impatto			

(*) Per **controllo** si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nella p.a. che sia confacente a ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nella p.a., es. i controlli a campione in casi non previsti dalle norme, i riscontri relativi all'esito dei ricorsi giudiziali avviati nei confronti della p.a.). La valutazione sull'adeguatezza del controllo va fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nella p.a.. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ:	VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO:
nessuna probabilità **0** improbabile **1** poco probabile **2** probabile **3** molto probabile **4** altamente probabile **5**	nessuna probabilità **0** improbabile **1** poco probabile **2** probabile **3** molto probabile **4** altamente probabile **5**

Luogo e data _____ **Firma Direttore/Responsabile** _____

Luogo e data _____ **Firma Responsabile Prevenzione della Corruzione** _____

Per i processi inseriti nel "Catalogo" è stata effettuata la valutazione del rischio mediante consultazione e confronto con i soggetti coinvolti nelle attività e raccolta di informazioni tratte dall'esperienza, tenendo presenti i criteri indicati nello strumento adottato nel modello "Valutazione del rischio", sopra riportato, e utilizzando la seguente matrice:

Figura 2 – esempio di Matrice per la valutazione del rischio

Analisi del Rischio – Matrice del Rischio

PROBABILITA'						
	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		IMPATTO				

Rischio marginale	Rischio accettabile	Rischio rilevante	Rischio critico
da 1 a 3	da 4 a 8	da 9 a 15	da 16 a 25

I criteri per la valutazione della probabilità indagano la discrezionalità, la rilevanza esterna, la complessità, la frazionabilità del processo oltre al tipo di controlli (es. legali, preventivi, di gestione, a campione) applicati sullo stesso. I criteri per la valutazione delle conseguenze prendono a riferimento l'impatto organizzativo, economico, reputazionale. Il livello di rischio del processo, ottenuto attraverso un'autovalutazione, è rappresentato da un valore numerico. Se dall'analisi si determina un valore numerico pari o superiore a 9 al Dirigente responsabile spetta individuare le misure di prevenzione da adottare. Il processo di gestione del rischio si completa infine con il monitoraggio per verificare l'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati. Responsabili del monitoraggio sono tutti i soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio.

C. Trattamento del rischio

Una parte importante della presente sezione è costituita dall'individuazione e dalla conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione.

Identificazione e programmazione delle misure

Al fine di individuare le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione, l'Azienda individua e programma l'adozione di misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione (Allegato 1 – MISURE GENERALI, Allegato 2 – MISURE SPECIFICHE) –

tenuto conto degli esiti del monitoraggio, per evitare la duplicazione di misure o l'introduzione di misure eccessive, ridondanti o poco utili nella programmazione successiva.
Le MISURE DI CARATTERE GENERALE, considerata la loro attitudine all'applicazione generalizzata a tutti i processi dell'ASST, sono state collocate in una situazione di sostanziale continuità rispetto alla programmazione precedente, anche perché è emerso che le stesse si trovano, per la maggior parte, in una fase avanzata di attuazione, per cui si pone principalmente l'onere di monitorarne, nel tempo, la corretta ed efficace attuazione.

Tuttavia, come dispone il PNA 2019, "si ricorda che è sempre necessario verificare la loro corretta e continua attuazione nel tempo sia attraverso il monitoraggio sia attraverso misure integrative o interventi correttivi. Ciò al fine di assicurare la continuità dell'azione e/o di intercettare criticità che hanno reso inadeguata la misura stessa."

In particolare, per quanto riguarda:

1. la "ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE", misura organizzativa generale introdotta dall'art. 1, co. 5, lett. b) della l. 190/2012 con il fine di limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione, ASST ha disciplinato tale istituto nel recente "Regolamento in materia di conferimento e revoca degli incarichi della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale" adottato con deliberazione n.862 del 5.12.2023.
Per gli incarichi dirigenziali della dirigenza medica e sanitaria si ribadisce quanto già introdotto con il PTPCT 2016 -2018 adottato con deliberazione n.599/2016 che di seguito si riporta:
- la rotazione degli incarichi dirigenziali non trova applicazione, di norma, per le posizioni apicali di Direttore di S.C. le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali che sono conseguentemente considerate generalmente infungibili;
- i Direttori di presidio ospedaliero e territoriale, svolgendo funzioni prevalentemente gestionali e meno clinico-assistenziali, possono essere assoggettati al processo di rotazione;
- per quanto riguarda i Dipartimenti è possibile ritenere che tutti i dirigenti del dipartimento siano suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico.
In caso di rotazione potrà essere previsto lo svolgimento di formazione ad hoc, laddove ritenuto necessario, al fine di garantire la continuità delle prestazioni, e coinvolgendo il personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo anche con l'utilizzo di docenti interni.

2. la "ROTAZIONE STRAORDINARIA", intesa quale misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni illeciti, di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, prevista dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego (art. 16, comma 1, lettera l-quater), si richiama quanto previsto nel Codice di Comportamento Aziendale e, per quanto riguarda la dirigenza amministrativa, tecnica e professionale, nel Regolamento approvato con deliberazione n.862 del 5.12.2023.

Relativamente alle MISURE DI CARATTERE SPECIFICO si richiama quanto enunciato dal PNA 2019 ovvero che "la proposta di misure di prevenzione" specifiche "non è compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei

processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi." A tal fine dal 2020 è iniziato un dialogo, che prosegue regolarmente, tra il RPCT ed i Referenti per la condivisione delle misure con le quali gli stessi intendono presidiarli.

Misure organizzative di prevenzione della corruzione nell'attività di gestione

L'Azienda, secondo quanto previsto dal D.lgs. 165/2001, opera nel rispetto del principio della separazione tra le funzioni di indirizzo e controllo e di gestione, come già disciplinato dalla deliberazione aziendale n. 516 del 27.06.2019 ad oggetto "Approvazione regolamento in materia di deleghe di funzioni di gestione" aggiornata per nuove esigenze aziendali da ultimo con deliberazione n. 398 del 19.05.2023. Tale provvedimento rappresenta la cornice attuativa del principio di distinzione tra atti di governo e di gestione che prevede, in capo al Direttore Generale, la concentrazione degli atti che implicano scelte strategiche, di programmazione, di pianificazione nonché di controllo dell'attività, ed il conseguente affidamento alla dirigenza, dotata di autonomia gestionale e potere di spesa, di ogni attuazione dei medesimi atti, oltre all'ordinaria attività istruttoria.

Il modello organizzativo della ASST Valtellina e Alto Lario prevede che i procedimenti amministrativi vengano gestiti dalle strutture interne sulla base della normativa vigente e dei regolamenti/procedure adottate dall'Azienda.

Per la formazione, attuazione e controllo delle decisioni relative alle attività sopra riportate ciascun Dirigente responsabile del procedimento conduce lo stesso attraverso la formulazione di una proposta deliberativa per la successiva adozione da parte della Direzione Strategica e/o l'adozione di una determinazione dirigenziale.

Inoltre, il Collegio Sindacale ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e della L.R. n.33/09 verifica la regolarità amministrativa e contabile, vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

La struttura interna denominata "Controllo di gestione" svolge un ruolo di garanzia dell'impiego efficace ed efficiente delle risorse. Il controllo di gestione si avvale del processo di budget quale strumento fondamentale della programmazione aziendale e consente di attribuire ai diversi responsabili obiettivi e risorse, necessari per l'attività da svolgere.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, istituito come da indicazioni regionali, è l'organismo aziendale preposto alla verifica del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

L'Azienda ricorre regolarmente ai mercati elettronici di gare ed ai sistemi telematici per lo svolgimento delle procedure d'acquisto di beni e servizi. Il ricorso a sistemi telematici di contrattazione messi a disposizione da Regione Lombardia e da Consip per la Pubblica Amministrazione assicurano maggior trasparenza e sicurezza nell'espletamento delle procedure.

L'Azienda da anni ha adottato misure atte a garantire la tempestività dei pagamenti, rispondendo così all'art. 9 del DL del 01/07/2009 n. 78, convertito poi modificato in L. 03/08/2009 n. 102.

L'Azienda, al fine di semplificare e organizzare al meglio la propria attività, prosegue nel far ricorso alle nuove tecnologie, dell'informazione e della comunicazione (ICT), quali strumenti che permettono di ridisegnare i flussi di attività ai diversi livelli dell'organizzazione.

Va inoltre precisato che devono essere garantiti i controlli previsti dalla normativa nazionale e dagli indirizzi regionali sui propri processi e le successive azioni per dare seguito alle risultanze derivanti dai controlli obbligatori effettuati da soggetti esterni.

Ulteriori misure documentate:
Le iniziative intraprese durante l'anno 2023 per dare effettività all'attività di prevenzione, sulla base degli impegni assunti nel PTPCT 2023 – 2025 sono state rendicontate nella Relazione elaborata dal R.P.C.T per l'anno 2023 e nella relazione al monitoraggio relativo al ciclo della Performance trasmessa alla S.S. Controllo di Gestione.
In particolare, si evidenzia:

- la partecipazione del RPCT:
  - ✓ al ciclo di incontri sulla misurazione della corruzione organizzati in videoconferenza da ANAC
  - ✓ alla giornata ANAC: RPCT e Whistleblowing
  - ✓ agli incontri programmati dal NVP
  - ✓ al Comitato Tecnico Scientifico aziendale in relazione al Piano di Formazione;
  - ✓ Al Tavolo Interaziendale Anticorruzione

- la collaborazione del RPCT:
  - ✓ per la predisposizione della disciplina in materia di rotazione ordinaria e straordinaria del personale;
  - ✓ per la predisposizione del regolamento in materia di inconferibilità e incompatibilità delle posizioni dirigenziali
  - ✓ per la progettazione ed erogazione della formazione sul Codice di Comportamento,
  - ✓ per l'aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale
  - ✓ per l'aggiornamento della disciplina aziendale relativa alla protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'unione e delle disposizioni normative nazionali (whistleblower)

- l'emissione o l'aggiornamento di regolamenti o procedure in materia di videosorveglianza, politica per la sicurezza delle informazioni, servizio di cassa, attività erogata in regime di prestazioni aggiuntive, sistema conferimento degli incarichi personale del comparto, progressioni tra le aree del personale del comparto– artt. 20 e 21 del CCNL comparto sanità triennio 2019/2021, conferimento e revoca degli incarichi della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale, concessione / mantenimento dei rapporti di lavoro a tempo parziale - personale dell'area del comparto - triennio 2023/2025, lavoro agile - personale comparto sanità, stipula di protocolli ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 502/1992 (protocolli con gli enti del terzo settore), sistema di misurazione e

valutazione della performance dell'ASST Valtellina e Alto Lario-anno 2023, deleghe di funzione di gestione, procedure PAC;

- la continuità nello svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni relative all'assenza di conflitti di interesse dei componenti UPD, dei componenti CVS e dei componenti della Direzione Strategica;
- l'adozione di misure specifiche per il contenimento delle liste di attesa: in particolare il monitoraggio mensile tempi d'attesa per specifiche prestazioni/classi di priorità (prestazioni di diagnostica per immagini), l'incremento attività di circa il 10% rispetto alla produzione 2019 mediante svolgimento attività in regime di prestazioni aggiuntive e overbooking al fine di recuperare in soglia/anticipare appuntamenti già assegnati oltre soglia compatibilmente con le risorse disponibili e per prestazioni particolarmente critiche, l'implementazione della telemedicina

lo svolgimento del servizio di remind per linee di attività che registravano un significativo tasso di no-show;

- l'applicazione della misura relativa alla rotazione del RUP della SC Gestione Tecnico Patrimoniale;
- aggiornamento software asset management beni elettromedicali per la gestione ed il controllo degli interventi manutentivi (correttivi e periodici) delle apparecchiature elettromedicali presenti in ASST;
- la partecipazione del personale alla formazione calibrata sulle specifiche attività di settore di competenza, alla formazione riferita ai temi dell'etica e della legalità, alla formazione relativa al codice di comportamento;
- l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale;
- l'attuazione delle raccomandazioni di ORAC, in particolare relative al:

✓ funzionamento del sistema dei controlli in merito alle misure finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) - missione 6 salute, mediante la predisposizione del "Regolamento controlli interni sui progetti finanziati con fondi PNRR – Missione 6 Salute

✓ controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie, mediante la programmazione e lo svolgimento, con le strutture interessate, di un intervento di Audit.

- Lo svolgimento degli interventi di Audit e Follow up in materia di: contratti pubblici - servizio di facility management, contratti pubblici - acquisto beni infungibili, contratti pubblici - Gestione dei contratti del servizio di smaltimento dei rifiuti sanitari, Ricavi da recupero crediti, fornitura dispositivi all'assistito, di Gestione cassa economale, Magazzini di primo livello - magazzini economali, Controllo e monitoraggio delle garanzie fideiussorie;
- l'adeguamento continuo del sistema privacy;
- la partecipazione al progetto di Regione Lombardia "Coordinamento Privacy del Territorio"
- la progettazione di soluzioni informatiche web per automatizzare e facilitare la gestione di alcuni processi;
- l'aggiornamento costante del Registro degli accessi civici;
- l'aggiornamento costante del monitoraggio delle visite della sezione Amministrazione trasparente tramite web analytics;
- la prosecuzione del monitoraggio del whistleblowing in conformità alle indicazioni regionali;
- la prosecuzione del monitoraggio della trasparenza;
- la pubblicazione di dati/informazioni ulteriori nella sezione Amministrazione trasparente;
- l'adempimento del monitoraggio relativo alla delibera n.203 del 17 maggio 2023 di ANAC;
- la prosecuzione del monitoraggio sulla attuazione delle misure di prevenzione della corruzione con il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento, di area amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, quali Referenti del RPCT;

Trasparenza

Anche la trasparenza, a seguito della sua previsione nel PIAO, concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico. Essa favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'Azienda realizza in favore degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni.

Tale obiettivo può essere raggiunto innanzitutto attraverso l'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 e s.m. e i..

Infatti, gli obblighi di pubblicazione, quali elementi costitutivi del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione (a norma dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione), rappresentano una condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrano il diritto ad una buona amministrazione e concorrono alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

Nella consapevolezza che la trasparenza sia raggiungibile solo con la piena e convinta partecipazione di tutti, l'ASST Valtellina e Alto Lario richiama quanto sancito nella circolare n.2/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica in base alla quale la trasparenza rappresenta, tra l'altro, un'opportunità per i propri dipendenti di evidenziare il corretto agire amministrativo e conseguentemente di alimentare per tale via la fiducia dei cittadini. Le iniziative che s'intendono avviare per il triennio sono principalmente finalizzate agli adempimenti prescritti dal D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, "Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33", dal PNA 2022 sia in termini di adeguamento dei sistemi informatici per l'accessibilità e la diffusione dei dati oggetto di obbligo di pubblicazione, sia in termini di sensibilizzazione alla legalità e allo sviluppo della cultura dell'integrità e dalla delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, che ha aggiornato e integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023 riguardante la trasparenza dei contratti pubblici. In particolare, si segnala l'impegno dell'Azienda per migliorare l'informatizzazione del flusso di pubblicazione a servizio della trasparenza: Ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016, i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei responsabili dell'elaborazione/trasmissione e pubblicazione dei dati sono rappresentati nella tabella di cui all'ALLEGATO 3 - Griglia di rilevazione 2024-2026.

Integrazione con la sezione "performance"

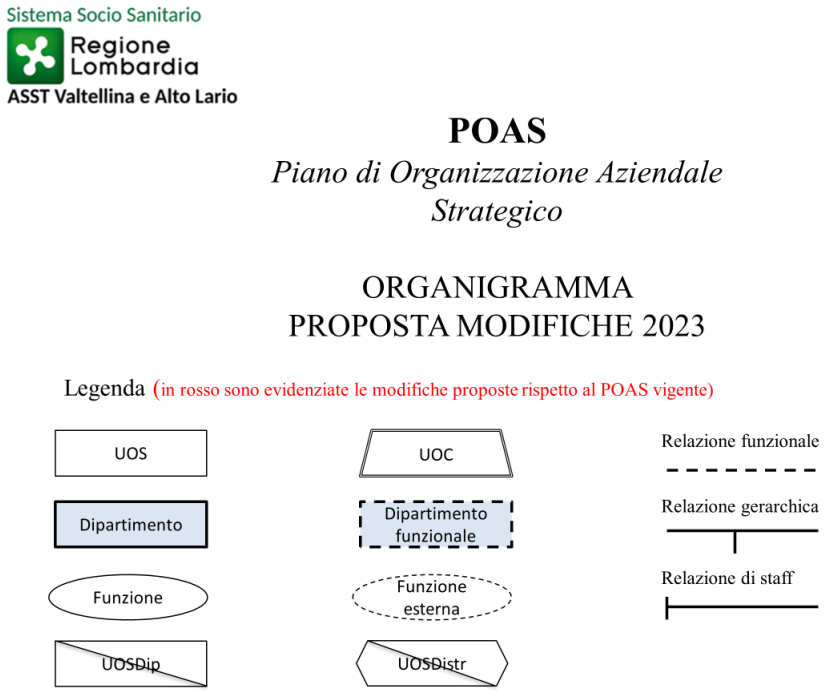
Le misure contenute nel presente documento sono inserite nella sezione "PERFORMANCE" quali obiettivi strategici il cui raggiungimento è misurato attraverso gli indicatori di risultato contenuti nelle schede sotto riportate.

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO ANNO 2024	RISULTATO ATTESO ANNI 2025/2026	AREA AZIENDALE DI COMPETENZA
Prevenzione della corruzione / trasparenza	Predisposizione proposta sezione PIAO	Invio documento al Referente del coordinamento PIAO entro la data stabilita	Mantenimento obiettivo	RPCT
	Predisposizione e pubblicazione della Relazione entro il 15 gennaio o altra data stabilita da ANAC	Pubblicazione della Relazione nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione Altri contenuti - Prevenzione della corruzione, del sito internet aziendale	Mantenimento obiettivo	RPCT
	Prevenzione corruzione: adozione misure di prevenzione generali e specifiche	n. misure attuate / n. misure programmate nella sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO 2024 - 2026 >= 80% (anno)	Mantenimento obiettivo	Strutture coinvolte nella adozione delle misure di prevenzione
	Pubblicazione attestazione NVP(OIV) entro la data stabilita da ANAC	Pubblicazione della Attestazione NVP nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione Controlli e rilievi sull'Amministrazione, Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, del sito internet aziendale	Mantenimento obiettivo	UOC Legale, Giuridico e Affari Generali / UOS Trasparenza e internal auditing
	Trasparenza: pubblicare i dati e le informazioni di competenza nella sezione Amministrazione trasparente del sito intranet aziendale attraverso la pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente con allegata griglia	n. pubblicazioni effettuate / n. pubblicazioni programmate >= 80% (su campione trimestrale)	Mantenimento obiettivo	Strutture coinvolte nella pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente

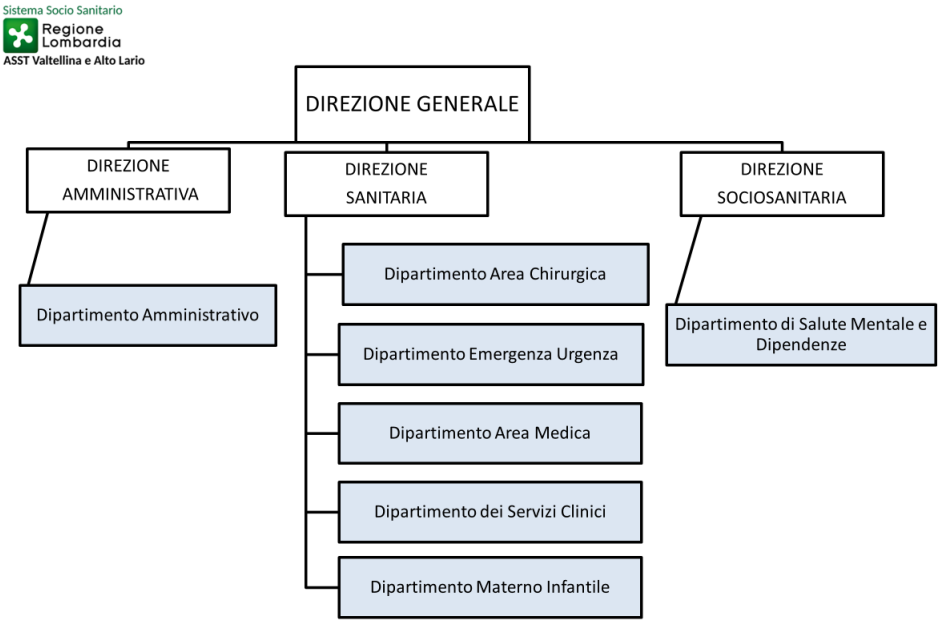
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

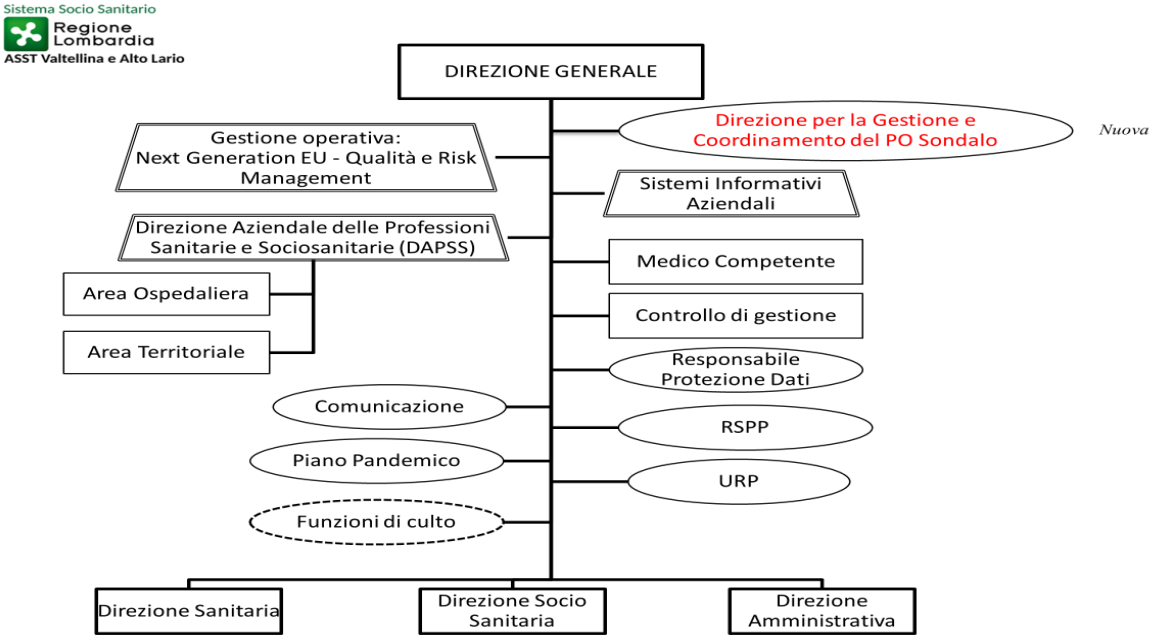
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

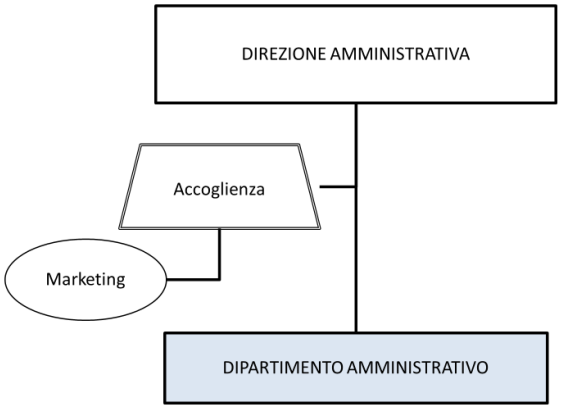
In questo capitolo del PIAO viene presentato il modello organizzativo adottato da ASST Valtellina e Alto Lario. Di seguito, un estratto dell'organigramma come delineato dal POAS 2022-2024 approvato con delibera aziendale n. 548 del 05/09/2022 e ss.mm.ii, che offre una rappresentazione grafica della struttura organizzativa aziendale.

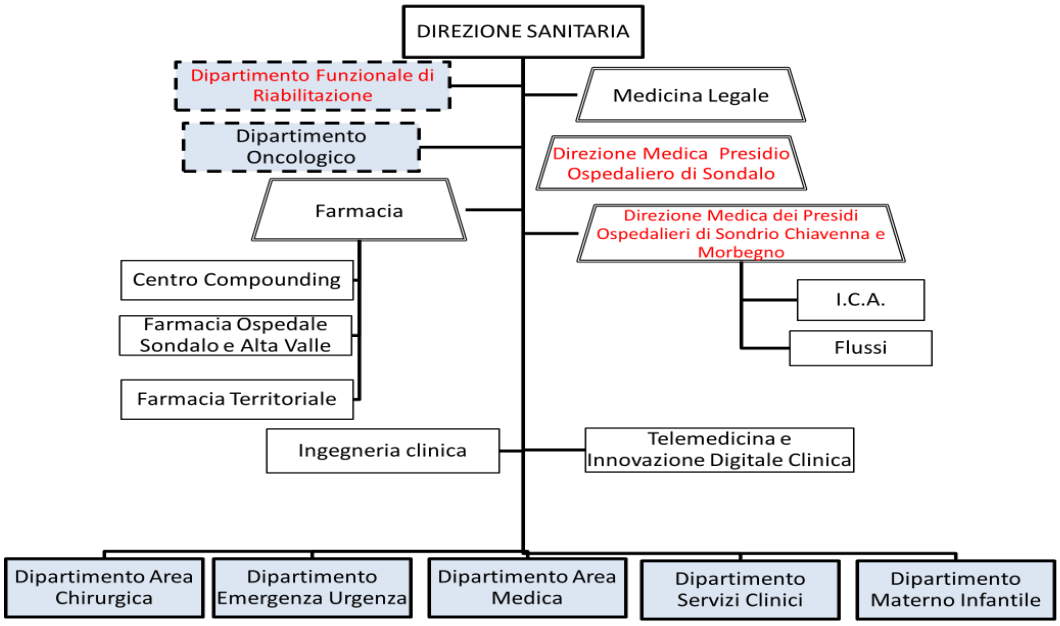


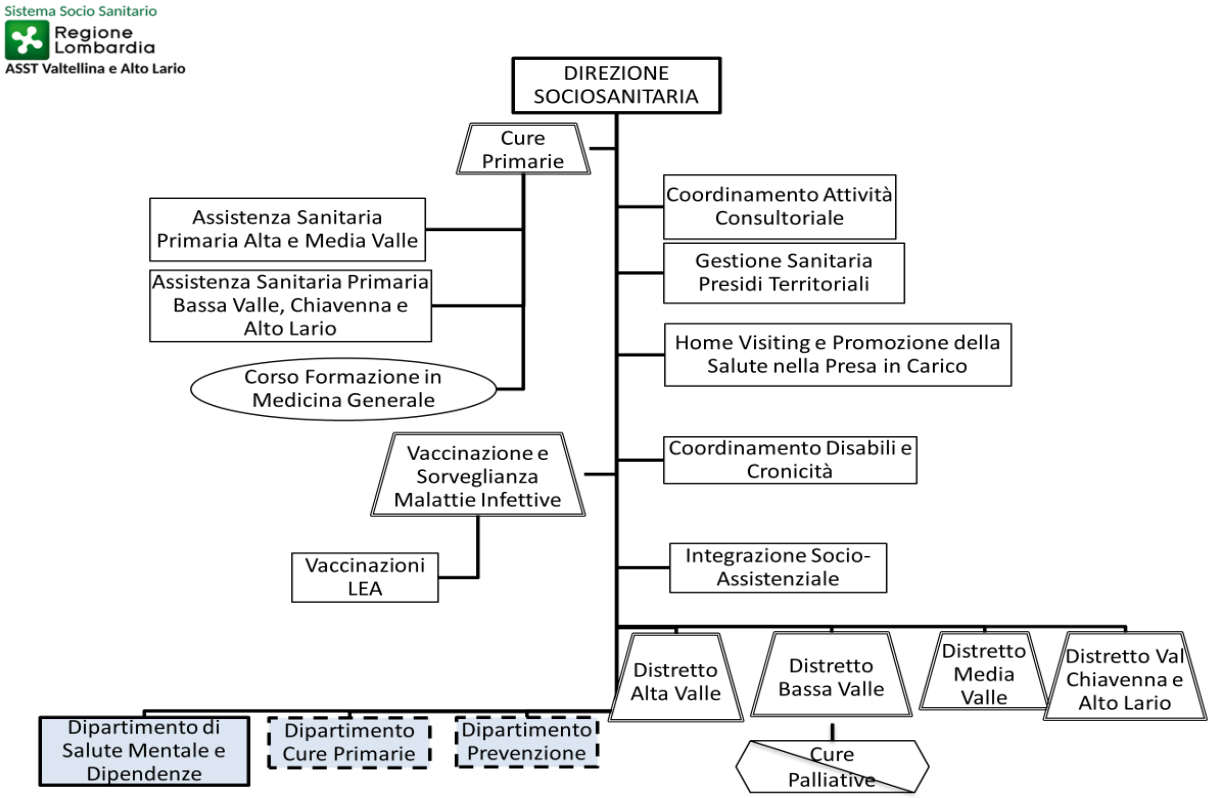
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valtellina e Alto Lario

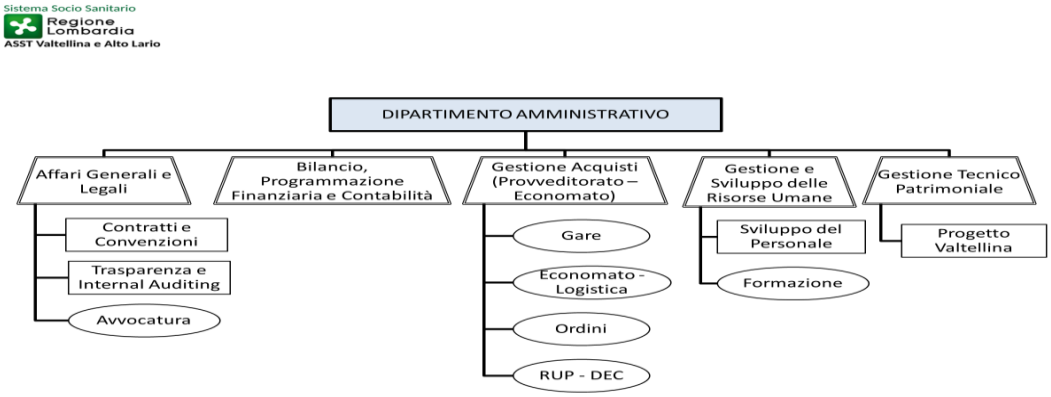





DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Accoglienza
Marketing
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO


DIREZIONE SANITARIA
Dipartimento Funzionale di Riabilitazione
Medicina Legale
Dipartimento Oncologico
Direzione Medica Presidio Ospedaliero di Sondalo
Farmacia
Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri di Sondrio Chiavenna e Morbegno
Centro Compounding
I.C.A.
Farmacia Ospedale Sondalo e Alta Valle
Flussi
Farmacia Territoriale
Ingegneria clinica
Telemedicina e Innovazione Digitale Clinica
Dipartimento Area Chirurgica
Dipartimento Emergenza Urgenza
Dipartimento Area Medica
Dipartimento Servizi Clinici
Dipartimento Materno Infantile





<u>Livelli di responsabilità organizzativa</u>

L'organizzazione dei servizi prevede di identificare diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali presenti.

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

1)Direzione Strategica

Direttore Generale: è l'organo di vertice e legale dell'Azienda. Assicura il perseguimento delle finalità e degli obiettivi assegnati dalla Regione e, avvalendosi delle attività degli organismi e delle Strutture Aziendali, garantisce il governo dell'Azienda. È responsabile della gestione complessiva dell'Azienda e svolge ogni funzione prevista dalla normativa regionale.

Direttore Sanitario: dirige a livello strategico i dipartimenti del settore ospedaliero ed è responsabile delle funzioni igienico organizzative di tutte le unità d'offerta dell'Azienda. Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari e promuove l'integrazione degli stessi. Coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre con pareri e proposte alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.

Direttore Amministrativo: dirige a livello strategico i servizi amministrativi aziendali ai fini tecnico-organizzativi, svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e promuove l'integrazione dei servizi stessi. Coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre, con pareri e proposte, alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.

Direttore Sociosanitario: dirige a livello strategico i percorsi di presa in carico dei pazienti e deve garantire agli stessi la continuità assistenziale delle attività che vengono erogate sia nel polo ospedaliero che in quello territoriale. Coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre con pareri e proposte alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.

2)Incarichi di direzione:

Direttore di Dipartimento: coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e l'uniforme applicazione di procedure comuni per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento di cui è responsabile. Si avvale per l'esercizio delle sue funzioni del Comitato di dipartimento.

Direttore di struttura complessa e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale: gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate. Ogni struttura possiede i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza e necessita di competenze multiprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività conferite. La complessità della struttura viene valutata secondo la consistenza delle risorse gestite, la complessità dell'articolazione organizzativa e la strategicità dell'attività svolta.

Responsabile di Struttura Semplice: ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.

3) Incarichi dirigenziali

Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici, professionali: svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha adottato, per quanto riguarda il personale dirigenziale, un sistema di graduazione, mediante mappatura delle posizioni dirigenziali funzionali alla garanzia di efficienza organizzativa. L'individuazione degli incarichi deve essere funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale, deve contribuire ad una migliore qualità assistenziale e promuovere lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.
La graduazione delle posizioni dirigenziali avviene in base ad un sistema basato su specifici items (competenze, l'utilizzo di metodologie e strumentazioni innovative, l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, il grado di autonomia e responsabilità, lo svolgimento di attività di tutoraggio e formazione interna ed esterna ecc.), come delineato nell'ambito dell'apposito Regolamento aziendale (deliberazione n. 609 del 25/11/2021), e tramite l'emissione di bandi di selezione interna per il conferimento degli incarichi dirigenziali disponibili. Ad ogni dirigente è riconosciuta una retribuzione di posizione correlata a ciascuna delle tipologie di incarico; il Collegio tecnico verifica e valuta i dirigenti in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti al temine dell'incarico.

Nello specifico, la seguente tabella evidenzia gli incarichi dirigenziali che risultano coperti alla data del 31/12/2023, in esito al processo di attribuzione sopra descritto:

RUOLO	TIPO_INCARICO	Totale
SANITARIO	Dirigente Incarico di Struttura Complessa AREA SANITA'	35
	Dirigente Incarico di Struttura Semplice	47
	Dirigente Incarico di Struttura Semplice Dipartimentale	11
	Incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale	1
	Incarico di altissima professionalità Articolazione interna di struttura complessa	4

	Incarico professionale di alta specializzazione (art. 18,c. 1, par. II, lett. b)	51
	Incarico Professionale di consulenza, di studio e ric (art. 18,c. 1, par. II, lett. c)	124
	Incarico professionale di base	64
	Senza incarico - in prova	23
SANITARIO Totale		**360**
AMMINISTRATIVO	Dirigente Incarico di Struttura Complessa - AREA TERRITORIO	1
	Dirigente Incarico di Struttura Complessa - PTA	4
	Dirigente Incarico di Struttura Semplice -PTA	3
	Incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca	2
AMMINISTRATIVO Totale		**10**
PROFESSIONALE	Dirigente Incarico di Struttura Complessa - PTA	2
	Incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca	5
PROFESSIONALE Totale		**7**
TECNICO	Incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca	1
TECNICO Totale		**1**
Totale complessivo		**378**

4) Incarichi di funzione del personale del comparto (organizzativa e professionale)

Gli incarichi sono stati istituiti e regolamentati a partire dall'anno 2023 alla luce del nuovo CCNL 2019-2021, cha apporta rilevanti modifiche sul tema (atto deliberativo n. 621 del 08.09.2023).

Al termine del processo di selezione, sono stati conferiti a decorrere dal 01/01/2024 e per anni cinque (5), prorogabili, i seguenti incarichi di funzione (organizzativa e professionale) nei ruoli sanitario, socio-sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza:

TIPOLOGIA INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA/PROFESSIONALE	RUOLO	Totale
	SANITARIO	69
	SOCIOSANITARIO	1
	AMMINISTRATIVO	27
	TECNICO	2
Totale complessivo		**99**

Analogamente, l'Azienda si è dotata di regolamentazione, condivisa con le OO.SS, atta a disciplinare i meccanismi di progressione verticale tra aree e di progressione economica nell'ambito della medesima area (differenziali economici di professionalità- DEP), valorizzando, secondo tempistiche definite, il punteggio di valutazione individuale, l'anzianità nella fascia di appartenenza e l'anzianità generale di servizio, ai sensi del nuovo CCNL Area Comparto.

Ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio

numero di dipendenti del comparto in servizio	Numero unità organizzative aziendali	ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti del comparto in servizio
2.473	67	36.9
numero di dipendenti della dirigenza in servizio	numero unità organizzative aziendali	ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti della dirigenza in servizio
378	67	5,6

*** dati al 31/12/2023**

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La Legge 7 agosto 2015 n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" – c.d. "Riforma Madia" – ha costituito il momento di avvio verso una progressiva apertura nel pubblico impiego a forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro, ispirate inizialmente dall'obiettivo di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro.

Proprio nel solco tracciato dalla Legge 124/2015, veniva emanata la Legge 22 maggio 2017 n. 81, recante "*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato". Al capo II della suddetta Legge (artt. 18-24) si trova l'attuale disciplina del lavoro agile, che pone l'accento sulla flessibilità organizzativa, sulla volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e sull'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto. In particolare, l'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81 definisce il lavoro agile quale .."modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici in parte all'interno e in parte all'esterno del luogo di lavoro, entro i soli limiti dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva*".

In attuazione delle norme sopra citate, il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato la direttiva n. 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile nella PA che è divenuto il principale riferimento per la disciplina del lavoro agile prima dell'emergenza COVID-19. Le disposizioni riguardanti il lavoro agile, però, sono rimaste per lungo tempo inattuate o poco considerate nel settore della pubblica amministrazione.

Nel corso dell'anno 2020, il lavoro agile subisce una brusca accelerata. L'emergenza COVID-19, stravolgendo l'intero sistema delle relazioni sociali con l'imposizione del distanziamento sociale e fisico, fa sorgere all'improvviso la necessità di apportare profonde modifiche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori. Con Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante "Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015", si supera il regime sperimentale dell'obbligo per le amministrazioni di adottare misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa, con la conseguenza che la misura operasse a regime.

Nell'epoca emergenziale epidemiologica da Covid-19 il lavoro agile/smart working è divenuto, pertanto, la modalità necessitata e ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa con una disciplina sostanzialmente derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017, prevedendo la possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi normativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81.

È utile sottolineare che la ASST Valtellina e Valchiavenna, che fornisce prestazioni sanitarie all'utenza e risponde alla richiesta assistenziale della popolazione, può applicare solo in modo residuale, per la natura stessa dell'attività gestita, il lavoro agile ai propri dipendenti; sorgono infatti ovvie criticità riguardo al personale appartenente al profilo sanitario (medici, infermieri, OSS, ostetriche, tecnici di radiologia ecc.). È dunque fisiologico che le percentuali di lavoro agile presso questa Azienda, in valore assoluto, sono e saranno contenute, sia in fase di implementazione sia in fase di successivo sviluppo, e riferite quasi esclusivamente a personale con funzioni amministrative.

Il Decreto-legge n. 34/2020 - "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n. 77, - ha disposto all'art. 263 comma 4-bis che entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1,lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività' che possono essere svolte in modalità' agile, che almeno il 60% dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità' e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità' dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano". Con delibera n. 75 del 29/01/2021 questa ASST Valtellina e Alto Lario approva il POLA, atto organizzativo atto a disciplinare il lavoro agile quale ordinaria modalità lavorativa, nell'ambito del Piano della Performance 2021-2023.

Nell'evolversi della normativa in materia di lavoro agile nel periodo emergenziale, il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", all'art. 6 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione. Detto piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

In data 02/12/2021 la Conferenza Unificata ha dato il suo via libera al Decreto del ministro per la Pubblica Amministrazione per la definizione del PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione), previsto dall'art. 6, co. 6, del D.L. n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Nuove modalità attuative

Superata la fase emergenziale e con l'entrata in vigore delle nuove disposizioni dettate dal CCNL 2019-2021 (art 76-82), l'Azienda ha inteso fornire una regolamentazione da applicarsi a regime circa l'applicazione del lavoro agile in Azienda, tenendo in considerazione i seguenti aspetti:

- la flessibilità e l'autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- l'utilizzo di strumenti digitali;
- la cultura organizzativa basata sulla collaborazione e ispirata al raggiungimento dei risultati;
- il benessere dei dipendenti, nel rispetto delle condizioni di fragilità e delle condizioni di tutela sociale/disagio, e l'utilità per l'amministrazione;

- la necessità di stipula di un accordo individuale tra lavoratore e datore di lavoro.

Le specifiche attività sono indicate nelle singole schede di mappatura compilate dai competenti responsabili, e da aggiornarsi annualmente, e sono riassumibili, a tiolo esemplificativo, nelle seguenti:

- attività di trasmissione documenti in uscita (a mezzo PEC o a mezzo di posta ordinaria);
- attività di archiviazione elettronica di documenti e atti;
- attività di analisi, studio e ricerca;
- attività di invio flussi dati e reportistica;
- gestione progetti ICT;
- attività di monitoraggio dati e documenti, pertinenti con le competenze delle strutture;
- redazione di atti giuridico-amministrativi e a contenuto tecnico-scientifico;
- provvedimenti amministrativi, pareri, atti normativi e circolari, memorie difensive, verbali, procedure operative standard e revisioni delle stesse, presentazioni, dossier e note tematiche, working papers;
- attività di formazione al personale;
- predisposizione di documentazione e di provvedimenti amministrativi;
- elaborazione e gestione database aziendali.

Con deliberazione n 205 del 15/03/2023 è stata approvata, dopo una fase di confronto sindacale, il "Regolamento aziendale in materia di lavoro agile – Personale del Comparto Sanità", che stabilisce i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, i criteri di priorità per l'accesso a e le condizioni di espletamento di tale modalità lavorativa (durata, recesso, fasce di contattabilità e di disconnessione).

Si rimanda pertanto al testo regolamentare per la disciplina di dettaglio dell'istituto (deliberazione n. 205 del 15/03/2023).

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Indica la consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di adozione del Piano, suddiviso per inquadramento professionale e deve evidenziare:

- la capacità di assunzione dell'amministrazione, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa;
- la programmazione delle cessazioni dal servizio, effettuata sulla base della disciplina vigente, e la stima dell'evoluzione dei fabbisogni di personale in relazione alle scelte in materia di reclutamento, operate sulla base della digitalizzazione dei processi, delle esternalizzazioni o internalizzazioni o dismissioni di servizi, attività o funzioni;
- le strategie di copertura del fabbisogno, ove individuate;

- le strategie di formazione del personale, evidenziando le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale;
- le situazioni di soprannumero o le eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali.

Si rimanda alla delibera di approvazione del nuovo Piano Triennale dei Fabbisogni 2024-2026 di prossima adozione.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La mission della Formazione è quella di promuovere e governare lo sviluppo professionale continuo del personale che opera in Azienda al fine di elevare la qualità delle prestazioni offerte dall'Azienda stessa e a tutte le parti interessate, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche di media ed elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza, efficacia, qualità affidabilità ed economicità di gestione.

La Formazione così impostata non intende raggiungere soltanto l'obiettivo di soddisfare un bisogno formativo del singolo operatore o di gruppi di professionisti ma diventa un'ulteriore azione di miglioramento dei servizi offerti in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità. Una formazione quindi che non coincide solo con la mera acquisizione di conoscenze e skills ma che vede nel miglioramento delle competenze le determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Le strategie per la riqualificazione e il potenziamento delle competenze e per la formazione continua dei professionisti dell'Azienda vengono formalizzate nel Piano di Formazione aziendale annuale.

Il Piano di Formazione costituisce il punto di riferimento per la programmazione delle iniziative formative ritenute prioritarie dalla Direzione Strategica e funzionali a garantire la crescita e la professionalità degli operatori. Al fine di soddisfare le effettive esigenze formative ed assicurare una sempre maggiore professionalità ai dipendenti, viene posta particolare attenzione alla rilevazione del fabbisogno formativo che avviene con periodicità annuale, a cura dell'Ufficio Formazione secondo le procedure descritte nel sistema Qualità. Attraverso l'analisi dei fabbisogni formativi, il Piano, ad oggi con programmazione ed estensione annuale, in prospettiva al triennio, si pone, insieme agli altri piani aziendali, come strumento di compensazione dei gap di competenze rilevati e come opportunità di sviluppo per i professionisti dell'ASST.

Nello specifico il Piano di Formazione, elaborato sulla base del fabbisogno espresso dai diversi direttori di struttura e adottato con provvedimento del Direttore Generale, diffuso sia nell'albo on line che nella sezione dedicata del Gestionale della Formazione, individua il fabbisogno formativo dei diversi ruoli professionali presenti nell'azienda, prevedendo un'offerta formativa specifica e qualificata per i diversi settori/dipartimenti, sanitari e non sanitari. Prevede inoltre una formazione trasversale, utile per

migliorare le competenze degli argomenti di obbligo normativo (ad es. la sicurezza sui luoghi di lavoro) o di carattere generale (ad es. sul Codice di comportamento, in tema di Trasparenza e Anticorruzione, etc.).

In uno specifico documento integrativo del Piano di Formazione vengono definiti annualmente le priorità formative, le linee di indirizzo, le strategie di formazione, le aree tematiche e le correlazioni dei corsi ad obbiettivi nazionali, regionali ed aziendali.

La rilevazione dei fabbisogni e il Piano di Formazione sono comunque considerati strumenti flessibili, che possono essere integrati o rivisti a fronte di nuove esigenze e di nuovi sviluppi.

Si rimanda alla delibera aziendale di approvazione del nuovo Piano di Formazione.

3.5 CUG

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.) – costituito con deliberazione del Direttore Generale n. 932 del 28/12/2023, si propone di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione, alla lingua.

Tale organismo paritetico assume, unificandole, tutte le funzioni precedentemente attribuite ai Comitati Pari Opportunità e ai Comitati sul fenomeno del Mobbing.

L'obiettivo generale è migliorare la qualità ed il benessere lavorativo, nel rispetto ed efficacia delle politiche aziendali, sia nei confronti degli interlocutori interni che esterni.
La direttiva 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei ministri prevede che le Amministrazioni acquisiscano il parere del CUG rispetto ad azioni su forme di flessibilità lavorativa, criteri di valutazione del personale, piani di formazione del personale, interventi di conciliazione.

Va sottolineato che il trattamento delle pari opportunità assume un carattere trasversale ed integrato al ciclo di gestione delle performance, intervenendo in tutte le fasi di cui si compone. Far conoscere il ruolo del comitato unico di garanzia e i suoi compiti all'interno dell'Azienda è già di per sé un traguardo che riteniamo essere stato raggiunto attraverso una maggiore divulgazione delle sue finalità e obiettivi tramite l'apposita pagina creata sul sito aziendale con casella di posta elettronica dedicata.

Piano per le azioni positive

Il Piano per il triennio 2024-2026 dell'ASST Valtellina e Alto Lario, si pone in correlazione con le attività pianificate. L'obiettivo generale è migliorare la qualità ed il benessere lavorativo, nel rispetto ed efficacia delle politiche aziendali, sia nei confronti degli interlocutori interni che esterni.

Il Piano triennale delle Azioni Positive (PAP), grazie anche all'ampliamento delle garanzie non solo di Genere (art. 21 della legge 183/2010), rappresenta lo strumento operativo per l'applicazione concreta, dei principi di parità, di non discriminazione diretta ed indiretta, per età, orientamento sessuale, origine etnica, disabilità e lingua, estendendoli all'accesso, al trattamento e alle condizioni di lavoro, alla formazione, alle progressioni in carriera e alla sicurezza.

Il Piano di azioni positive si pone quindi come strumento semplice ed operativo per l'applicazione concreta dei principi di pari opportunità, si prefigge di fronteggiare il fenomeno delle discriminazioni in relazione al genere, età, orientamento sessuale e identità di genere, convinzioni personali e religiose, disabilità, etnia, attraverso la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro. Il piano propone la diffusione di una cultura organizzativa orientata alla valorizzazione del contributo di donne e uomini dove la differenza è un fattore di qualità sia nelle relazioni con cittadini/e sia nelle modalità lavorative e nelle relazioni interne; sostiene l'azione formativa e di sensibilizzazione unitamente agli altri servizi dell'Amministrazione Aziendale e ad Enti ed Associazioni del territorio, per favorire una cultura di rispetto ed inclusione e di prevenzione e contrasto dell'omotransfobia sia nei luoghi aziendali sia nei servizi erogati alla cittadinanza.

Per approfondimenti sulle proposte previste dal Piano di azioni positivi si rimanda al sito intranet ASST

https://intranet.asst-val.it/PAP

Una delle principali azioni delle PAP è portare a conoscenza e sensibilizzare gli stakeholder interni ed esterni del ruolo del CUG attraverso il sito web e la intranet aziendale.

Diverse sono state le azioni effettuate, tra le principali ricordiamo:

- "Posto occupato" contro la violenza alla Donna: installazione di una panchina rossa, simbolo di posto occupato da una donna che non c'è più, portata via dalla violenza, presso il Po di Sondrio, il Po di Sondalo e il PO di Morbegno;

- H-week in collaborazione con Onda contro la violenza sulle donne: in questa ultima settimana di novembre, psicologhe, ostetriche e assistenti sociali sono a disposizione della popolazione in giorni ed orari specifici, per consulenza telefonica sui temi legati alla violenza contro le donne;

- Azione per il benessere lavorativo: nel corso del 2023 è stato implementato un questionario sul benessere lavorativo finalizzato alla rilevazione dei bisogni di conciliazione lavoro famiglia, suddiviso in cinque macro-temi, che vengono di seguito specificati.

- Caratteristiche dell'ambiente di lavoro e del proprio lavoro;
- indicatori positivi e negativi del benessere organizzativo;
- benessere psicofisico;
- le discriminazioni;
- l'apertura all'innovazione.

Il questionario è stato inviato anche per presa visione e validazione al NVP, che ha confermato la adeguatezza metodologica delle dimensioni di indagine e dei contenuti. A seguito di validazione è stato inviato a tutti i dipendenti di ASST tramite posta aziendale con indicazione del collegamento per la compilazione. L'elaborazione del questionario avverrà nel corso del 2024.

4. MONITORAGGIO

In questa sezione vengono indicati gli strumenti, le modalità e le tempistiche di monitoraggio come riportati dalla tabella allegata che dettaglia gli obiettivi sottoposti a monitoraggio.

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Attività monitoraggio "Valore Pubblico"

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel PIAO è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

L'Azienda effettua un monitoraggio sul grado di attuazione degli obiettivi di performance istituzionale, individuale del Direttore Generale e organizzativa delle strutture dell'Azienda rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d'opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

Il Direttore Generale, in collaborazione con i Dirigenti, presidia i processi operativi dell'Azienda monitorando costantemente il raggiungimento degli obiettivi.

Attività monitoraggio "Performance"

Secondo quanto stabilito dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., il Nucleo di Valutazione svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance dell'Azienda nel rispetto agli obiettivi programmati, segnalando all'organo di indirizzo politico-amministrativo l'esigenza di interventi correttivi.

Valida, inoltre, la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione da parte dell'organo di indirizzo politico-amministrativo. La rappresentazione dei risultati in un unico documento costituisce sia uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ottimizzare la programmazione di obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente, sia uno strumento di accountability attraverso il quale rendicontare a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel periodo considerato rispetto agli obiettivi programmati.

Le eventuali rimodulazioni di obiettivi e indicatori operate durante il ciclo della performance sono formalmente e tempestivamente comunicate al Nucleo di Valutazione.

4.2 MONITORAGGIO PREVENZIONE CORRUZIONE

In questa sezione vengono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti.

Prevenzione Corruzione

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione e sul funzionamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è una fase di fondamentale importanza per la buona riuscita del sistema di prevenzione della corruzione.

Il monitoraggio unitamente al riesame periodico costituiscono una fase indispensabile del processo di gestione del rischio. Pur essendo due attività diverse, sono strettamente collegate: i risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio". Al fine di avvalersi di strumenti e soluzioni informatiche idonee a facilitare l'attività di monitoraggio, l'Azienda intende utilizzare compiutamente la nuova Piattaforma recentemente messa a punto da ANAC.

Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

Al fine di monitorare la corretta e continua attuazione delle misure i Referenti del RPCT vengono coinvolti nella produzione di un report annuale descrittivo dello stato di realizzazione delle misure generali e delle misure specifiche di rispettiva competenza. Le risultanze del monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione e sulla trasparenza costituiscono il presupposto per la definizione della successiva sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Relativamente alla Trasparenza, è stato implementato un sistema di monitoraggio trimestrale degli obblighi di pubblicazione prescritti attraverso il quale i relativi Responsabili attestano di aver adempiuto alla pubblicazione di competenza; a tal fine allegano la griglia compilata in ordine alla completezza del contenuto, all'aggiornamento del dato e al formato aperto del dato. L'Azienda sta valutando la possibilità di definire un sistema di reportistica automatizzata che faciliti l'attività di verifica del RPCT.

Tabella Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza

OGGETTO MONITORAGGIO	AZIONI	SOGGETTI COINVOLTI	MODALITA'/STRUMENTI OPERATIVI	TEMPI DI ESECUZIONE
Attuazione delle misure	Verifica sullo stato di attuazione e avanzamento delle misure	- RPCT -Responsabili dell'attuazione delle misure	- Nota di richiesta del RPCT - Schede di Monitoraggio	in tempo utile per l'aggiornamento della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza

Monitoraggio sull'efficacia della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza e delle misure

Il monitoraggio sulla sezione anticorruzione del PIAO riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

L'obiettivo è considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione, se necessario modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati, potenziando e rafforzando gli strumenti in atto, eventualmente promuovendone di nuovi.

In questa prospettiva, il RPCT si avvale:

-degli esiti del monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO per la definizione della programmazione per il triennio successivo.

-della relazione annuale del RPCT che costituisce un importante strumento per evidenziare l'attuazione della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO, l'efficacia o gli scostamenti delle misure previste rispetto a quelle attuate. Le evidenze che si possono trarre dalla relazione potranno costituire gli elementi per elaborare e programmare misure più adeguate e sostenibili nella successiva sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

4.3 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

In relazione alla sezione “Organizzazione e capitale umano”, il Nucleo di Valutazione aziendale, inoltre, monitora, su base triennale, la coerenza degli obiettivi di performance con le risorse umane e il miglioramento delle competenze del personale.

ALLEGATI

- Indicatori PIAO 2024-2026
- Allegato 1 – Misure Generali
- Allegato 2 – Misure Specifiche
- Allegato 3 – Griglia di rilevazione